

Estudio de la construcción que hacen las madres del soporte necesario para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna.

María del Carmen Suárez Cotelo

Tesis doctoral UDC / 2017

Directora y tutora: Dra. María Jesús Movilla Fernández

Directora: Dra. Silvia Novío Mallón

Programa de doutoramento en Ciencias Sociosanitarias.

Departamento de Ciencias da Saúde.



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

AUTORIZACIÓN DIRECTORAS

La Dra. María Jesús Movilla Fernández, profesora de la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de A Coruña, España, y la Dra. Silvia Novío Mallón Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Santiago de Compostela, España

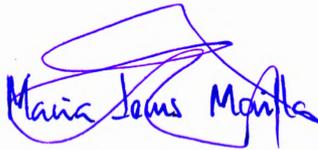
INFORMAN:

Que el trabajo de investigación *Estudio de la construcción que hacen las madres del soporte necesario para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna* ha sido realizado por Dña. María del Carmen Suárez Cotelo bajo la dirección de las que suscriben.

Una vez examinada la tesis doctoral, **AUTORIZAN** la presentación de este trabajo para aspirar al grado de doctor y para que pueda leerse, defenderse y calificarse en su momento.

Y para que conste a los efectos oportunos, firman este informe.

Ferrol, 5 de abril de 2017



Dra. María Jesús Movilla Fernández



Dra. Silvia Novío Mallón

A meus pais, Carmen e Manuel

A miña filla, Maruxa.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría empezar por agradecer a mis directoras de tesis, las doctoras M^a Jesús Movilla Fernández y Silvia Novío Mallón su gran dedicación, confianza y ayuda, tanto en lo científico como en lo personal. Gracias a las dos por esas tutorías en todas las modalidades posibles para poder “conciliar”.

A la doctora Carmen Coronado Carvajal, por animarme a subirme a este tren y por su apoyo durante todo el proceso.

A la Facultad de Enfermería y Podología y al Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña, testigos de mi formación desde el año 1999.

Al grupo de investigación GRINCAR por su apoyo y confianza.

Mi más sincero agradecimiento a todas las mujeres que aceptaron participar en el estudio y compartir tan íntima experiencia conmigo. Gracias por todo lo que me habéis enseñado.

Gracias también a todas las matronas que han colaborado en esta investigación, facilitándome el acceso al campo. Me gustaría agradecer su especial dedicación a Isaura, Alberto y Paula. Paula, no te imaginas cuánto me alegro de que la matronería uniese de nuevo nuestros caminos.

A Lolo, por su ayuda informática y como no, a Mencía, por su gran generosidad a tan corta edad.

Aprovecho para disculparme con mis amigos por mi aislamiento y encierro y agradecerles a aquellos que, directa o indirectamente, me han animado. Espero poder compensaros a partir de ahora.

No estaría escribiendo esto si mi padre y mi madre no hubiesen aportado su grano de arena dándome la mejor educación y enseñándome, sin que yo me diese cuenta, que con esfuerzo todo es posible.

Gracias también a mis hermanas, Conchi y Paula, por su ejemplo de constancia y trabajo.

Por último, me gustaría agradecerle a Sendi, mi compañero de vida y desde hace tan sólo unas semanas el padre de mi hija, su comprensión, paciencia y su incondicional sonrisa, que me ha dado la fuerza necesaria para continuar, cuando parecía imposible.

RESUMEN

La lactancia materna (LM) ha sido históricamente y continúa siendo motivo de interés por parte de numerosas disciplinas, entre ellas, la enfermería.

En los humanos, como mamíferos que son, la LM forma parte de su ciclo reproductivo. Sin embargo, a diferencia de éstos, en las mujeres la LM no es un acto exclusivamente biológico. En el ser humano la lactancia es una construcción social y, por lo tanto, depende del aprendizaje, creencias, valores, normas y condicionantes socioculturales que cambian a lo largo de los tiempos y de los individuos que en ellos viven.

Es por ello que se hace necesario incorporar en el estudio de la LM la perspectiva de los sujetos implicados, en este caso las madres.

La investigación en salud que se presenta en esta tesis se ha realizado como un Estudio Mix-Method Transformativo con una estructura secuencial cuantitativa-cualitativa.

Los resultados de esta investigación establecen que la decisión que han de tomar las mujeres sobre la alimentación del RN está condicionada por los beneficios que ellas atribuyen a la LM y a la LA; la estigmatización de la LM en público; y la presión que ejercen los profesionales sanitarios, la sociedad y las propias mujeres, influidos por las normas sociales y culturales del momento.

Al tratarse de un estudio transformativo se finaliza con una propuesta de agenda para cambiar o reformar los aspectos que se han desarrollado como resultado de la investigación.

Esta agenda transformadora implica, además de a los profesionales sanitarios responsables del cuidado de la mujer gestante, a los gestores de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol (XXIF).

RESUMO

A lactación materna (LM) foi historicamente e segue sendo motivo de interese por parte de numerosas disciplinas, entre elas, a enfermaría.

Nos humanos, coma mamíferos que son, a LM forma parte do seu ciclo reprodutivo. Con todo, a diferenza destes, nas mulleres a LM non é un acto exclusivamente biolóxico. A diferenza doutros animais, no ser humano a lactación é unha construción social e, polo tanto, depende da aprendizaxe, crenzas, valores, normas e condicionantes socioculturais que mudan ó longo dos tempos e dos individuos que neles viven.

É por iso que se fai necesario incorporar no estudo da LM a perspectiva dos suxeitos implicados, neste caso as nais.

A investigación en saúde que se presenta nesta tese realizouse coma un Estudo Mix-Method Transformativo cunha estrutura secuencial cuantitativa-cualitativa.

Os resultados desta investigación establecen que a decisión que teñen que tomar as mulleres sobre a alimentación do recém nado (RN) está condicionada polos beneficios que elas atribúen á LM e á LA; a estigmatización da LM en público; e a presión que exercen os profesionais sanitarios, a sociedade e as propias mulleres, influídos polas normas sociais e culturais do momento.

Ó se tratar dun estudo transformativo finalízase cunha proposta de axenda para cambiar ou reformar os aspectos que se desenvolveron como resultado da investigación.

Esta axenda transformadora implica, ademáis dos profesionais sanitarios do coidado da muller xestante, ós xestores da Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol (XXIF).

ABSTRACT

Historically and to this day, breastfeeding has been a topic of great interest in many disciplines, among them in the field of nursing.

In humans, as mammals that they are, breastfeeding is part of their reproductive cycle. However, unlike the latter, in women breastfeeding is not exclusively and merely a biological act. Differing from other animals, for a human being breastfeeding is a social construct that depends on learning, beliefs, values, norms and sociocultural variables that change in time as well as the individuals that live through them.

For this reason, it is necessary to include in the breastfeeding research the perspective of the involved subjects, the mothers.

The health research presented in this thesis has been completed as a transformative Mix-Method study with a quantitative-qualitative sequential structure.

The results obtained from this research establish that the decision women make in regards to feeding their newborn is conditioned by the benefits they attribute to breastfeeding and to formula; the stigmatization of breastfeeding in public, and pressure from health professionals, society and women as a whole, influenced by the social and cultural norms in the moment.

Complying with the research methodology, at the end of the study there is a scheduled proposal to change or improve the aspects developed as a result of the research.

Besides the health professionals responsible for the well being during pregnancy, the proposal also involves the management team of the Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol (XXIF).

Índice de contenidos.

Capítulo 1: Estado del Arte	1
1.1. Recuerdo histórico de la lactancia materna	3
1.2. Beneficios de la lactancia materna	7
1.2.1. Beneficios para el lactante	7
1.2.2. Beneficios para la madre	9
1.2.3. Beneficios para la sociedad	11
1.3. Contraindicaciones de la lactancia materna	12
1.3.1. Contraindicaciones verdaderas	12
1.3.2. Contraindicaciones falsas	12
1.4. Prevalencia de lactancia materna	12
1.4.1. Prevalencia de lactancia materna a nivel mundial	12
1.4.2. Prevalencia de lactancia materna en España	14
1.4.3. Prevalencia de lactancia materna en Galicia	16
1.4.4. Prevalencia de lactancia materna en Ferrol	16
1.5. Indicadores según la OMS para evaluar las prácticas de alimentación del lactante	17
1.6. Recomendaciones de la Sociedades Científicas	17
1.7. Medidas acerca de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna	19
1.7.1. 1974-27ª Asamblea Mundial de la Salud	19
1.7.2. 1978-31ª Asamblea Mundial de la Salud	19
1.7.3. 1981-Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche materna	19
1.7.4. 1989-“Protección, Promoción y Apoyo a la LM: La función especial de los servicios de maternidad”	20
1.7.5. 1990-Declaración de Innocenti	21
1.7.6. 1991-Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)	23
1.7.7. Curvas de crecimiento de la OMS	24
1.7.8. 2002-55ª Asamblea Mundial de la Salud “Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño”	25
1.7.9. 2004-Protección, Promoción y Apoyo a la LM en Europa: un plan estratégico para la acción.	25
1.7.10. 2005-15º aniversario de la Declaración de Innocenti	25
1.7.11. 2006-“Recomendaciones para la alimentación del lactante y el	25

niño pequeño de la Unión Europea”	
1.7.12. 2012- OMS lanza “Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition”. Metas globales 2025	26
1.8. Promoción de la lactancia materna en los Servicios de Salud	27
1.8.1. Educación maternal prenatal	27
1.8.2. Educación maternal posnatal	27
1.9. Redes de apoyo a la lactancia materna y recursos comunitarios	30
1.9.1. Las consejeras en lactancia materna	31
1.9.2. Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM)	31
1.9.3. Consultoras de lactancia materna certificadas	32
1.9.4. La Leche League Internacional (LLI)	33
1.9.5. Las Doulas	33
1.10. Lactancia materna y relaciones de género	34
1.10.1. Recuerdo histórico de las desigualdades de género	34
1.10.2. El feminismo	35
1.10.3. LM y desigualdades de género	38
1.10.4. ¿Por qué la lactancia materna contribuye a la igualdad de género?	39
1.11. Legislación relativa al embarazo, la lactancia y la conciliación familiar	40
1.12. Factores que intervienen en el inicio y duración de la lactancia materna	42
1.12.1. A nivel individual	42
1.12.2. A nivel de relaciones y comunitario	43
1.12.3. A nivel social y cultural	44
1.13. Justificación	47
Capítulo 2: Objetivos.	49
2.1. Objetivos del estudio	51
2.1.1. Objetivo general	51
2.1.2. Objetivos de la fase cuantitativa	51
2.1.3. Objetivos de la fase cualitativa	51
2.2. Posición de la investigadora	52
Capítulo 3: Material y método.	55
3.1. Metodología de la investigación	57
3.1.1. Encuadre metodológico y contextual	57
3.1.2. Fase cuantitativa: Estudio descriptivo prospectivo	59
3.1.3. Fase cualitativa: Estudio fenomenológico	71

3.2. Aspectos éticos y legales	75
Capítulo 4: Resultados de la investigación	79
4.1. Análisis cuantitativo de los datos	81
4.1.1. Descripción de la muestra	81
4.1.2. Distribución de las participantes según el centro de Atención Primaria	81
4.1.3. Intención de alimentación futura	81
4.1.4. Conocimientos básicos sobre lactancia materna	81
4.1.5. Actitud de las madres hacia la lactancia materna según la escala IIFAS	81
4.1.6. Resultados posparto	85
4.1.7. Relación entre datos sociodemográficos-actitud materna hacia la lactancia materna	85
4.1.8. Relación entre datos sociodemográficos-conocimientos	85
4.1.9. Relación entre datos sociodemográficos-tipo de alimentación a las 6 semanas posparto	87
4.1.10. Relación entre datos sociodemográficos-resultados a las 16 semanas posparto	87
4.1.11. Relación entre datos sociodemográficos-resultados a los 6 meses posparto	88
4.1.12. Relación entre datos sociodemográficos-intención de alimentación futura	88
4.1.13. Relación entre actitud materna hacia la lactancia materna - resultados posparto	90
4.1.14. Relación entre actitud materna hacia la lactancia materna - intención de alimentación futura	91
4.1.15. Relación entre el nivel de conocimientos básicos sobre lactancia materna -intención de alimentación futura	92
4.1.16. Relación entre el nivel de conocimientos básicos sobre lactancia materna -resultados posparto	93
4.1.17. Relación entre el nivel de conocimientos básicos sobre lactancia materna - actitud materna hacia la lactancia materna	93
4.1.18. Relación entre intención de alimentación futura-resultados posparto	93

4.1.19. Fiabilidad y validez de la escala IIFAS en castellano y gallego	98
4.2. Análisis cualitativo de los datos	105
4.3. Informe de auditorías	154
4.3.1. Auditores del ámbito profesional	154
4.3.2. Auditores del ámbito de las participantes	156
4.4. Agenda transformadora	158
Capítulo 5: Discusión	161
5.1. Limitaciones	184
5.2. Futuras líneas de investigación y aplicación práctica	186
Capítulo 6: Conclusiones	187
Capítulo 7: Bibliografía	191
Anexos	211

Índice de tablas, figuras y
abreviaturas.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1: Contraindicaciones de la lactancia materna	13
Tabla 1.2: Prevalencia de lactancia materna exclusiva por Comunidades Autónomas	16
Tabla 1.3: Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño	18
Tabla 1.4: Variables utilizadas en el estudio para valorar la alimentación del lactante	18
Tabla 1.5: “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”	21
Tabla 1.6: Contenidos sobre lactancia materna en la clase de Educación Maternal prenatal	28
Tabla 1.7: Contenidos sobre lactancia materna en la clase de Educación Maternal posnatal	30
Tabla 1.8: Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna	45
Tabla 1.9: Mitos y creencias populares sobre la lactancia materna	46
Tabla 3.1: Distribución de matronas en los centros de Salud de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol	58
Tabla 3.2: Número de partos/año en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol desde 2009 hasta 2013	59
Tabla 3.3: Traducción de la IIFAS a castellano (IIFAS-S) y gallego (IIFAS-G)	63
Tabla 3.4: Registro de alimentación del bebé en el parto	67
Tabla 3.5: Esquema del registro de las sesiones de recogida de datos	68
Tabla 3.6: Registro de las encuestas entregadas y forma de contacto con la participante	69
Tabla 3.7: Elementos del código de registro de la entrevista	76
Tabla 4.1: Características de la población de estudio	82
Tabla 4.2: Distribución de las participantes según el centro de atención primaria en el que controlaron su embarazo	83
Tabla 4.3: Intención materna de alimentar al bebé determinada durante el 3 ^{er} trimestre de gestación	83
Tabla 4.4: Distribución de los conocimientos sobre lactancia materna	83
Tabla 4.5: Cuestionario de conocimientos básicos desglosado en sus 16 ítems	84
Tabla 4.6: Actitud materna hacia la lactancia materna medida a través de la escala IIFAS	85
Tabla 4.7: IIFAS traducida desglosada en sus 17 ítems	86
Tabla 4.8: Tipo de alimentación del bebé a las 6 y 16 semanas y 6 meses postparto	87

Tabla 4.9: Relación entre la actitud materna hacia la lactancia materna y los datos sociodemográficos	89
Tabla 4.10: Relación entre los conocimientos básicos sobre lactancia materna y los datos sociodemográficos	90
Tabla 4.11: Tipo de alimentación a las 6 semanas posparto y relación con datos sociodemográficos	91
Tabla 4.12: Tipo de alimentación a las 16 semanas posparto y relación con datos sociodemográficos	92
Tabla 4.13: Tipo de alimentación a los 6 meses posparto y relación con datos sociodemográficos	94
Tabla 4.14: Intención materna de alimentación al futuro bebé y relación con datos sociodemográficos	95
Tabla 4.15: Relación entre el tipo de alimentación del bebé a las 6 y 16 semanas y a los 6 meses posparto y la actitud materna hacia la lactancia materna	96
Tabla 4.16: Relación entre la intención de alimentación futura y la actitud materna hacia la lactancia materna	96
Tabla 4.17: Relación entre el nivel de conocimientos básicos sobre lactancia materna y la intención de alimentación futura	96
Tabla 4.18: Relación entre el nivel de conocimientos básicos sobre lactancia materna y los resultados posparto	97
Tabla 4.19: Relación entre el nivel de conocimientos básicos sobre lactancia materna y la actitud materna hacia la lactancia materna	97
Tabla 4.20: Relación entre la intención de alimentación del bebé durante el tercer trimestre de gestación y los resultados posparto	97
Tabla 4.21: Características de la población de estudio según idioma	98
Tabla 4.22: Distribución de las puntuaciones en la escala IIFAS-S e IIFAS-G	99
Tabla 4.23: Evaluación de la validez de la puntuación global de la IIFAS-S y de sus ítems en relación a la intención de lactancia materna	101
Tabla 4.24: Evaluación de la validez de la puntuación global de la IIFAS-G y de sus ítems en relación a la intención de lactancia materna	102
Tabla 4.25: Prevalencia de lactancia materna exclusiva versus no exclusiva a las 6 y 16 semanas y 6 meses posparto	103
Tabla 4.26: Relación entre la actitud materna, medida con la IIFAS-S, hacia la lactancia materna y los resultados posparto	103

Tabla 4.27: Relación entre la actitud materna, medida con la IIFAS-G, hacia la lactancia materna y los resultados posparto	103
Tabla 4.28: Evaluación de la fiabilidad y consistencia interna de la IIFAS	104
Tabla 4.29: Características de las participantes en la fase cualitativa	107
Tabla 4.30: Perfiles de las auditoras (mujeres participantes)	158
Tabla 4.31: Agenda transformadora	159

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1: Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.	14
Figura 1.2: Prevalencia de lactancia materna exclusiva en España en los años 2006 y 2012.	15
Figura 1.3: Prevalencia de lactancia materna (cualquier tipo) en España desde 1995 hasta 2012.	15
Figura 1.4: Mapa de los hospitales españoles acreditados por la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.	24
Figura 3.1: Primer eje analítico central “Toma de decisión”	109
Figura 3.2: Segundo eje analítico central “Experiencia vivida”	129
Figura 4.1: Cartilla de nacimiento del Hospital Juan Canalejo de A Coruña.	169
Figura 4.2: Portada del libro “El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias”	173

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APILAM. Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna

AUC. Área bajo la curva

CAEIG. Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia

CBCL. *Test Child Behaviour Checklist*

CCAA. Comunidades Autónomas

CHUF. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Conocimientos-G. Versión en gallego del cuestionario de conocimientos básicos sobre lactancia materna

CSLM. Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna

CV. Cardiovascular

DM. Diabetes Mellitus

DPP. Depresión posparto

EM. Educación Maternal

EMALNP. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño

Enf. Enfermedad

EUNUTNET. Proyecto Red Europea para la Nutrición Pública Saludable

FEDALMA. Federación Española de Asociaciones pro-LM

FP. Formación profesional

FPP. Fecha probable de parto

GALM. Grupos de apoyo a la lactancia materna

H. Horas

HTA. Hipertensión arterial

HTLV. Virus Linfotrópico de Células T Humanas

IAP. Investigación Acción Participativa

IBCLC. *International Board Certified Lactation Consultant*

IBLCE. *International Board of Lactation Consultant Examiners*

IEC. Información, educación y comunicación

IHAN. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

IIFAS. *Iowa Infant Feeding Attitude Scale*

IIFAS-G. Versión en gallego de la IIFAS

IIFAS-S. Versión en castellano de la IIFAS

IIFAS-t. Escala IIFAS traducida

IMC. Índice de masa corporal

INE. Instituto Nacional de Estadística

L Mixta. Lactancia mixta

LA. Lactancia artificial

LLI. Leche *League Internacional*

LM. Lactancia materna

LME. Lactancia materna exclusiva

LMPred. Lactancia materna predominante

m. meses

NTP. Notas Técnicas de Prevención

OIT. Organización Internacional del Trabajo

OMS. Organización Mundial de la Salud

RN. Recién nacido

SDQ. *Strenghths and difficulties questionnaire*

Sem. Semanas

SERGAS. Servicio Galego de Saúde

SRO. Sales de rehidratación oral

TA. Tensión arterial

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VIH. Virus de la Inmunodeficiencia Humana

WABA. *World Alliance for Breastfeeding Action*

XXIF. Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol

α^* . Coeficiente alfa de Cronbach

α . Coeficiente alfa de Cronbach total

Capítulo 1. Estado del Arte.

1.1. RECUERDO HISTÓRICO DE LA LM

La lactancia materna (LM) ha sido históricamente y continúa siendo motivo de interés por parte de numerosas disciplinas como la enfermería, la medicina, la sociología o la antropología.

En 1758 el sueco Carl Von Linné, profesor de medicina y autor de la moderna taxonomía de los seres vivos, crea el término “mamalia” para referirse a una clase de vertebrados, entre los que se encuentran los humanos, por tener, entre otras características, glándulas mamarias¹. En todos los mamíferos, incluida la especie humana, el ciclo reproductivo comprende el embarazo y la lactancia, siendo esta última imprescindible para la supervivencia de la especie². Pero la LM no es un acto exclusivamente biológico. A diferencia de otros animales, en el ser humano la lactancia es una construcción social y, por lo tanto, depende del aprendizaje, creencias, valores, normas y condicionantes socioculturales que cambian a lo largo de los tiempos y de los individuos que en ellos viven³⁻⁵. Según Rodríguez⁵, la importancia que desde tiempos de Aristóteles sabios y eruditos han dado a justificar la conveniencia de la LM para madre e hijo, se puede explicar por la cantidad de mujeres que, si se lo podían permitir, no querían dar el pecho. Esto demuestra el débil equilibrio entre lo natural y lo cultural de las actividades humanas.

Según Stuart-Macadam⁶, en base a los patrones de destete de primates no humanos, la edad del destete natural de los humanos estaría entre los 30 meses y los siete años. Desde la prehistoria hasta hace aproximadamente 100 años, los bebés han sido amamantados con leche de la propia especie hasta una edad comprendida entre los 18 meses y los 3 años, directamente de sus madres o de otras mujeres contratadas a tal fin¹. Debido a la imposibilidad de alimentar al recién nacido (RN) de otra forma (la alimentación con leche de otros animales no ha sido segura hasta mediados del s.XX) el temor a que alguna circunstancia pudiese afectar las posibilidades de la lactancia, y pusiese en riesgo la vida del bebé, siempre ha estado presente. Prueba de ello son las diferentes prácticas y rituales que la mayoría de las culturas han utilizado para que la mujer que diera a luz tuviese suficiente leche. En ocasiones se trataba de rituales paganos, como colocar ciertas hierbas bajo el colchón de la parturienta. Otras veces, el culto a alguna Diosa a la que pedir por una buena lactancia, como Isis en Egipto o Hera en Grecia⁵.

Las nodrizas han sido un personaje importante a lo largo de la historia ya que amamantaban a los hijos de otras mujeres, generalmente de una clase social superior, que no querían hacerlo ellas mismas, principalmente por el desgaste físico que producía. Con el tiempo se convirtió en

un trabajo remunerado⁴. En las civilizaciones antiguas destacan las siguientes reseñas históricas:

Mesopotamia: el Código de Hammurabi, creado por el Rey de Babilonia Hammurabi (s. XVIII a.c), es uno de los conjuntos de leyes más antiguos que existe. Regulaba el tiempo que un bebé debía ser alimentado al pecho por parte de una nodriza. Oscilaba entre los dos y cuatro años de edad⁴.

Egipto: el papiro de Ebers es un tratado médico que describía los cuidados necesarios de los bebés, el amamantamiento y posturas para amamantar. Las nodrizas tenían un gran prestigio y gozaban de numerosos privilegios⁴.

Grecia clásica: a las nodrizas se las tenía en gran consideración, siendo preferidas, en muchas ocasiones, a las propias madres. Aristóteles, en su obra “Historia Animalium” describe métodos para determinar si la leche de una mujer es apta o no para el lactante¹.

Imperio Romano: destaca el Tratado de Ginecología y Obstetricia de Sorano de Efeso “Gynecia” en el que se describen las condiciones para elegir a una buena nodriza, su dieta, régimen de vida y formas de lactar¹.

China: en la obra “Estatuto de la Medicina” se establece que la LM debe darse por lo menos hasta los dos años o hasta que la mujer quede de nuevo embarazada⁴.

De lo anterior se puede extraer el poder que tenía la mujer en su función de amamantar a los bebés, tanto a los suyos propios, constituyendo un medio de supervivencia para el RN, como a los de otra mujer, mediante el sistema de nodrizas, que constituyó un medio de subsistencia para aquellas mujeres que se dedicaban a esta tarea⁴.

Desde comienzos de la era Cristiana se fomenta aún más el cuidado de los bebés ya que se considera que tienen un alma inmortal⁴. Es por eso que, entrada la **Edad Media**, se produce un cambio importante en la alimentación infantil, pasando a considerarse la lactancia como el mejor alimento siempre y cuando fuese administrado por la propia madre. Se exceptúan los casos de madres que no podían hacerlo y debían delegar en las nodrizas. Esto contribuyó a disminuir considerablemente la mortalidad infantil⁴.

Con el **descubrimiento de América**, en el S. XV, se produce la importación de la gonorrea a Europa, produciéndose un gran número de contagios en los lactantes, lo que hizo pensar que

se podía contagiar a través de la LM, ganando así fuerza la idea de que fuese la madre la que alimentase a su propio hijo⁴.

Pese a las recomendaciones de los médicos de la época, la mayoría de las mujeres que tenían posibilidades económicas de contratar a una nodriza lo hacían movidas por la idea de que la LM desgastaba físicamente a la mujer. Además, el hecho de amamantar retrasaba el período de fertilidad necesario para poder llegar a tener diez o más hijos y mantener, así, la herencia⁷.

Surge en esa época el concepto de vínculo entre madre e hijo que se establece con la LM por parte de la propia madre⁴.

Entre los **s.XVIII y XIX** se produce un cambio en la alimentación del ser humano que ha sido calificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el mayor experimento sin comprobaciones previas ni controles realizado en una especie animal”². Este cambio ha sido propiciado por una serie de acontecimientos, entre los que cabe mencionar:

- En el campo de la química se consiguen una serie de modificaciones aceptables de la leche de vaca, que permiten disminuir la mortalidad infantil en aquellos niños que recibían leche de otra especie animal distinta de la humana³. Los descubrimientos de **Louis Pasteur** a finales del s.XIX permitieron la conservación de este tipo de leches¹. **Henri Nestle**, pionero en la producción y comercialización de sucedáneos de leche materna, creó en 1867 una mezcla de leche de vaca, azúcar y harina cocinada con malta a la que sólo era necesario añadir agua para su utilización. Estos productos eran ampliamente publicitados y comercializados en EEUU a finales del s.XIX⁷. Fue a través de estos avances en el campo de la alimentación infantil donde los médicos encontraron una forma de expandir y legitimar su intervención sobre la vida cotidiana de madres y niños. Sostenían que cada bebé necesitaba cambiar de fórmula a medida que crecía, lo que provocaba que las madres acudiesen periódicamente a sus consultorios⁷.

- A lo largo de estos siglos se producen una serie de cambios sociológicos derivados de la **sociedad industrial**. La distinción de los espacios público y privado se solidifica y, como ocurre en los sistemas binarios, siempre hay una parte en desgracia, en este caso la privada y, por ende, la LM, vinculada *per se* a esta⁸. La incorporación de la mujer al mundo laboral convierte a la LM en un problema que, en un principio se solventaba con las nodrizas y ya entrado el s.XX, con la lactancia artificial. Las mujeres pobres trabajaban largas horas en las fábricas y algunas mujeres ricas se incorporaban a profesiones u organizaciones voluntarias³.

- Los avances científico-técnicos en el campo de la medicina traen consigo el concepto de “**maternidad científica**”. La clase sanitaria, constituida mayoritariamente por hombres con una confianza ciega en dichos avances, antepone lo artificial a lo natural, lo que implica una infravaloración del papel de la mujer en el proceso de trabajo de parto y la crianza de los hijos³. Esta situación culminará en el s.XX con la institucionalización del proceso de embarazo, parto y puerperio y traerá consigo la separación temprana de madre e hijo, permaneciendo este último al cuidado de médicos y enfermeras.

- Por otro lado surge el pensamiento feminista inicial que entiende la alimentación artificial como una forma de liberación para la mujer³. Los movimientos feministas influirán a lo largo del s.XX de distintas maneras, que se desarrollan más adelante en el texto (página 34). En España, a principios del s.XX las tasas de LM eran todavía muy elevadas (sobre el 90%). Pero tras la Segunda Guerra Mundial, coincidiendo con el desarrollo de las fórmulas adaptadas comentado anteriormente, la LM fue abandonándose progresivamente. En EEUU, en los años 60 las cifras eran prácticamente imperceptibles. Esta moda se trasladó desde EEUU a Europa Occidental, posteriormente a Europa Oriental y, tras un retraso de aproximadamente 20 años, también a los países subdesarrollados⁹. De la misma forma que hubo un abandono escalonado de la LM en los diferentes países, sucedió lo mismo dentro de cada país, iniciándose el descenso de las cifras de LM desde las clases más ricas de las ciudades hacia las zonas rurales¹⁰.

Precisamente es en los países menos desarrollados donde las consecuencias del abandono de la LM se hacen más evidentes: la preparación de los biberones sin unas medidas higiénicas correctas, con agua no potable o en concentraciones inadecuadas, para ahorrar costes, provocaba la muerte de los bebés por procesos infecciosos y trastornos hidroelectrolíticos⁹.

Fue en los años 70 cuando se puso de manifiesto la indudable asociación entre la morbimortalidad infantil y el abandono masivo de la LM, por lo que, organismos internacionales como la OMS, activan la alarma sanitaria y comienzan una serie de intervenciones y estrategias en pro de aumentar la prevalencia de LM a nivel mundial, que se desarrollarán más adelante en el texto (página 19).

1.2. BENEFICIOS DE LA LM

Las ventajas de la leche materna para el niño y para la madre, así como para la relación materno-filial han sido suficientemente constatadas, de forma que la promoción de la LM se ha convertido en objetivo de todos los organismos internacionales dedicados al estudio y la protección infantil^{11,12}. La bibliografía también reconoce los beneficios para las familias a nivel económico¹³.

La singularidad de la leche natural resulta de la riqueza de sus componentes, así como de la imposibilidad de replicar totalmente su composición de forma artificial. Es la fuente óptima de los nutrientes requeridos para la construcción y el desarrollo apropiado del tracto gastrointestinal inmaduro, del sistema nervioso central y endocrino y del sistema inmunológico, que determinan el correcto funcionamiento de todo el cuerpo¹³⁻¹⁵. Los efectos beneficiosos de sus componentes van más allá del momento del cese de la LM¹⁵.

Según la OMS¹⁶, se estima que las prácticas inadecuadas de LM, especialmente la LM no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años.

1.2.1. BENEFICIOS PARA EL LACTANTE

“Si existiese una vacuna con los beneficios de la LM, los padres pagarían lo que fuera por comprarla”¹⁷.

Las mujeres que deciden no amamantar están perdiendo una oportunidad para mejorar su salud y la de sus hijos ya que los beneficios para ambos están ampliamente demostrados¹⁴.

Riesgo de hospitalización^{12,14}: aunque los resultados de los estudios varían y su calidad también, parece haber una clara relación entre la LM y el riesgo de hospitalización del bebé en los países desarrollados. La influencia de la duración de la LM y la hospitalización es más ambigua¹⁸.

Efectos analgésicos de la LM en las técnicas invasivas: se observan diferencias estadísticamente significativas en la respuesta de los bebés durante y tras la administración de vacunas si el bebé se encuentra piel con piel con su madre recibiendo LM en comparación al modo rutinario, sin estar la madre presente. El tiempo de llanto es significativamente menor en el primer caso. Los resultados medidos con las escalas de puntuación de dolor facial y la escala de dolor neonatal también indican que el bebé percibe menos dolor cuando está al pecho de su madre¹⁹. La administración de glucosa o sacarosa tiene unos efectos analgésicos

similares²⁰.

Infecciones: la LM constituye un elemento fundamental para compensar el retraso de la función inmunológica del neonato¹⁴, por eso, los bebés alimentados con LM tienen menos riesgo de padecer infecciones que aquellos alimentados con fórmula^{13,14}. Entre dichas infecciones destacan: infecciones respiratorias²¹ y del tracto gastrointestinal²² y la otitis media aguda²³. Se sabe también que cuánto más tiempo se alimente al RN con LM exclusiva, mayores van a ser estos beneficios¹⁴.

Resultados neurológicos: a pesar de que los resultados neurológicos se ven influidos por numerosos factores, como la inteligencia y la educación de los padres, el nivel económico y el ambiente en el hogar, varios autores relacionan la lactancia materna exclusiva (LME) con mejores resultados neurológicos^{13,14,24}. En concreto, Dieterich¹⁴ ha encontrado evidencias independientemente de esos potenciales factores de confusión y ha concluido que en niños de 6 años, el coeficiente intelectual y los resultados académicos son mejores en aquellos niños que habían sido amamantados. Incluso hay autores que sugieren que los niños alimentados con LM tienen un coeficiente intelectual mayor a los 30 años, lo que podría repercutir en su nivel educativo y en sus ingresos económicos²⁵.

También existen evidencias de que la LM influye positivamente en la agudeza visual de los niños¹³ y en el riesgo de padecer epilepsia²⁶.

Trastornos de la conducta y salud mental: se calcula que por cada 10 recién nacidos a término alimentados con LM durante cuatro o más meses, se evitaría que uno de ellos presentara problemas de comportamiento a los cinco años, medidos según la escala validada *Strengths and difficulties questionnaire* (SDQ) para la evaluación de los trastornos de la conducta infantil²⁷. Así mismo, un estudio relaciona la menor duración de la LM con una mayor puntuación en el test *Child Behaviour Checklist* (CBCL), una herramienta que valora tanto problemas de interiorización (ansiedad, depresión, introversión) como de exteriorización (comportamiento delictivo o agresivo) en niños. A mayor puntuación en el test, mayor probabilidad de que el niño tenga un problema de salud mental²⁸.

Síndrome de muerte súbita del lactante: aunque los estudios existentes no están exentos de limitaciones parece oportuno incluir la LM en las campañas de prevención de muerte súbita del lactante, asociada a otras recomendaciones, como la postura en decúbito supino para dormir o el uso de chupete una vez que esté instaurada la LM^{13,14,29}. La disminución del riesgo de muerte súbita parece ser mayor si la LM es exclusiva³⁰.

Asma y alergias atópicas: se ha relacionado la LM con efectos beneficiosos en enfermedades como asma (entre los 5 y 18 años), rinitis alérgica (los 5 primeros años) y enfermedades atópicas, como el eczema (los 2 primeros años), sobretodo en bebés con antecedentes familiares. No obstante, se necesitan más estudios que tengan en cuenta los factores ambientales^{13,14,31,32}.

Cáncer infantil: el cáncer representa una de las principales causas de mortalidad infantil en los países desarrollados, con un incremento anual del 0,9%³³. La leucemia infantil supone el 30% de los casos de cáncer. En España, la incidencia de leucemia infantil en 2014 fue de 45,2 casos por millón en niños menores de 15 años³³. Existen evidencias de que la LM durante seis meses o más puede reducir el riesgo de leucemia linfoblástica aguda^{13,14,33,34}. Aún a falta de una evidencia clara, parece que hay una asociación entre la LM y el riesgo de padecer un linfoma Hodgkin infantil³⁵.

Sobrepeso: la LM es un factor protector de la obesidad infantil ya que disminuye la velocidad de la ganancia de peso en los primeros años de vida. Esto reduce el riesgo de incremento de la adiposidad abdominal que, a su vez, es un factor que aumenta la probabilidad de obesidad o sobrepeso en la edad adulta³⁶. A mayor duración de la LM, menor riesgo de sobrepeso³⁷. Las razones por las que la LM puede ayudar a evitar el sobrepeso infantil son, tanto por sus componentes¹⁴, como por el comportamiento relacionado con la alimentación. El hecho de animar a los bebés alimentados con fórmula a que se terminen el biberón puede hacer que se anulen las señales internas de saciedad del bebé y ello provoque una mala autorregulación del apetito del niño^{14,38}. Es importante tener en cuenta también la correcta introducción de la alimentación complementaria no antes de los seis meses de edad³⁶.

Diabetes Mellitus (DM) y riesgo cardiovascular (CV): la LM influye en algunos factores de riesgo cardiovascular en los adultos, reduciendo los niveles de colesterol totales, la adiposidad, el riesgo de diabetes tipo II³⁹ y la tensión arterial (TA)^{13,14}. Sin embargo, es más controvertida la influencia de la LM en los valores de glucemia, insulinemia y diabetes tipo I en la edad adulta en niños que fuesen amamantados⁴⁰.

Caries: los niños menores de 12 meses tienen menos caries si son amamantados. En relación a los niños después de los 12 meses, son necesarios más estudios que tengan en cuenta el tipo de alimentación complementaria utilizada, los azúcares añadidos, etc...⁴¹.

1.2.2. BENEFICIOS PARA LA MADRE

Los beneficios que la LM aporta a las madres no han sido tan estudiados como aquellos que

aporta a los bebés, sin embargo hay suficiente evidencia científica para afirmar que las madres ven beneficiada su salud a corto plazo así como que previenen enfermedades futuras^{14,42}. La universalización de la LM podría prevenir 20.000 muertes anuales por cáncer de mama⁴².

1.2.2.1. Beneficios maternos a corto plazo

Pérdida de peso: la reducción del peso de la mujer en el posparto parece estar relacionada con el amamantamiento, independientemente de cuál fuese su índice de masa corporal (IMC) previo. Ello está relacionado con la intensidad del amamantamiento, es decir, con su exclusividad¹⁴. Sin embargo, se necesitan estudios más robustos sobre el patrón de alimentación y la duración de la LM para afirmar de forma fiable el impacto de esta relación⁴³.

Vínculo madre-hijo: la LM es un elemento favorecedor del vínculo madre-hijo y, de hecho, esa es una de las razones que argumentan muchas madres para amamantar. Existe una emergente evidencia sobre la relación biológica existente entre la LM y el vínculo entre madre e hijo ya que las madres que amamantan tienen una respuesta cerebral mayor en relación al llanto de su bebé que las que alimentan con fórmula, lo que podría facilitar una mayor sensibilidad de aquellas hacia su RN^{14,44}.

Amenorrea lactacional: la LME durante 6 meses prolonga la amenorrea lactacional^{42,45} y suprime la ovulación de forma natural por lo que se puede utilizar como un método anticonceptivo los primeros seis meses, siempre y cuando se amamante de forma exclusiva y la mujer no haya tenido la menstruación¹⁴.

Depresión posparto: la depresión posparto (DPP) es, a su vez, causa y efecto del cese de la LM. Una menor duración de la LM está relacionada con el aumento del riesgo de DPP y viceversa; la DPP provoca un cese temprano de la LM⁴⁶.

1.2.2.2. Beneficios maternos a largo plazo

Diabetes mellitus, riesgo cardiovascular y metabólico: los cambios que se producen a nivel del metabolismo de los lípidos y de la glucosa durante la gestación pueden ser perjudiciales para la salud de la madre. Por otro lado, la LM está asociada a cambios metabólicos favorables, incluso después del destete¹⁴. La LM previene a la madre de la hipertensión arterial (HTA) y las enfermedades cardiovasculares, primera causa de mortalidad a nivel mundial y de nuestro país¹¹. La ausencia de LM o su breve duración también se han relacionado con un mayor riesgo de diabetes tipo II⁴⁷, hiperlipidemia⁴⁸ y síndrome metabólico¹¹.

Cáncer del aparato reproductor: los resultados de los estudios llevados a cabo con el fin de

evaluar la probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer de mama teniendo en cuenta el número de embarazos y el tiempo de LM, subrayan el papel fundamental que desempeñan los factores hormonales y reproductivos en el desarrollo de este cáncer^{14,49,50}. Cualquier forma de LM tiene un efecto protector contra el cáncer de mama⁵¹. Además, varios estudios muestran una correlación significativa entre el tiempo de LM y la disminución del riesgo de padecer cáncer de mama, especialmente entre aquellas mujeres con antecedentes familiares y personales de riesgo para dicho cáncer^{49,51}.

Respecto al cáncer de ovarios, el riesgo disminuye en proporción a la duración de la LM, principalmente cuando se amamanta durante más de 12 meses^{52,53}.

En relación al cáncer de endometrio, la duración de la LM está inversamente relacionada con el riesgo de padecerlo⁵⁴. Por cada mes que una mujer amamanta se puede reducir el riesgo de padecer cáncer de endometrio en un 1,2%⁵⁵.

1.2.3. BENEFICIOS DE LA LM PARA LA SOCIEDAD

La LM puede beneficiar a la sociedad a través de su influencia sobre el factor ecológico ya que, a través de ella se logra reducir el consumo de fórmulas infantiles con todo lo que eso implica: evita la acumulación de latas, envases, tetinas...; disminuye el gasto energético y de recursos empleados para su fabricación; disminuye la liberación de gases y toxinas a la atmósfera etc...⁵⁶.

En definitiva, la leche materna es el único alimento que se entrega al consumidor sin ensuciar, sin originar desperdicios, sin necesidad de envases y sin producir residuos no biodegradables. Con motivo de la celebración de la Semana Mundial de la LM en 1997, la Alianza Mundial para la LM (WABA) seleccionó el lema: “Amamantar, un acto ecológico” para reivindicar los beneficios ecológicos que aporta la LM⁵⁷.

A la vista de todas las evidencias disponibles, se puede afirmar que la superioridad de la LM frente a la alimentación de fórmula, en la nutrición infantil puede ser considerado un hecho indiscutible, incluso sin buscar un efecto remoto sobre la salud de los adultos¹¹. Según McNiel⁵⁸, el hecho de hablar de los beneficios de la LM implica asumir la lactancia artificial (LA) como el estándar con quien compararlo y eso contribuye a ocultar los riesgos que la leche de fórmula tiene para la salud. Por el contrario, propone hablar de los riesgos de la LA con el fin de que los costes del uso de leche de fórmula se perciban altos y se aumente la aceptación social de la LM.

1.3. CONTRAINDICACIONES DE LA LM

En base a la evidencia científica existente acerca de las contraindicaciones de la LM, hemos podido establecer dos grandes grupos: verdaderas y contraindicaciones falsas^{59,60} (ver tabla 1.1).

1.3.1. Contraindicaciones verdaderas

1.3.1.1. Contraindicaciones verdaderas absolutas: existen muy pocas contraindicaciones absolutas, en las que los riesgos superan los beneficios, y está por lo tanto desaconsejada la LM.

1.3.1.2. Contraindicaciones verdaderas relativas: se incluyen en este apartado situaciones de la madre o del RN que requieren una valoración individual, considerando los numerosos beneficios de la LM frente a los posibles riesgos. En ocasiones, la LM puede estar contraindicada únicamente durante las primeras horas de tratamiento, como ocurre en algunas infecciones bacterianas graves.

1.3.2. Contraindicaciones falsas: abarca situaciones que forman parte del imaginario colectivo y se han ido transmitiendo de generación en generación, sin embargo carecen de base científica para ser consideradas contraindicaciones de la LM. Otras, a pesar de no suponer una contraindicación, son circunstancias en las que la madre y el bebé necesitarán más ayuda en el inicio de la LM (pezón plano o invertido, labio leporino, paladar hendido, síndrome de Down...).

1.4. PREVALENCIA DE LM

1.4.1. Prevalencia de LM a nivel mundial

Según el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la situación mundial refleja que el inicio de la LM es mayoritario en casi todos los países. Sin embargo, desciende progresivamente en los primeros meses de vida del bebé, situándose, a nivel global, en un 43% los bebés alimentados exclusivamente con LM a los seis meses de vida. Las tasas más altas se encuentran en zonas del Este y Sur de África y del Sur de Asia, mientras que el Este de Asia y zonas de América Central presentan tasas de aproximadamente un 30%^{61,62}.

CONTRAINDICACIONES DE LA LM				
	CONTRAINDICACIONES VERDADERAS		CONTRAINDICACIONES FALSAS	
	MADRE	RN	MADRE	RN
ABSOLUTAS	VIH I y II HTLV-I y II FÁRMACOS: quimioterapia, radioterapia DROGAS: heroína, cocaína, anfetaminas, marihuana	Galactosemia	DROGAS: Metadona Hepatitis A Hepatitis B Otras infecciones: Rubeola, parotiditis, salmonelosis, paludismo, toxoplasma... Diabetes Mellitus Mastitis Patología mamaria benigna: Enf. fibroquística, quistes benignos y fibroadenoma Pezón plano o invertido Piercing en el pezón Menstruación Nuevo embarazo Implantes silicona	Diarrea Ictericia Síndrome Down Cardiopatía congénita Labio leporino Hendidura palatina
RELATIVAS	Hepatitis C Citomegalovirus Herpes simple Sífilis Infecciones bacterianas graves Brucelosis Enfermedad Lyme Enfermedad Chagas Tuberculosis activa Varicela Sarampión VIH I y II (en países subdesarrollados).	Fenilcetonuria Aminoacidemias (Leucinosis)		

Tabla 1.1: Contraindicaciones de la lactancia materna. Elaboración propia a partir de Díaz-Gómez⁶⁰ y Lawrence⁵⁹. Abreviaturas: Enf: enfermedad; HTLV: Virus Linfotrópico de Células T Humanas; RN: recién nacido; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

La situación en los países con más ingresos no se conoce detalladamente, aunque la información disponible es poco alentadora y, salvo excepciones, la duración de la LM es más corta que en aquellos países con pocos recursos⁴². Australia, en 2010 presentaba una tasa de inicio de LM del 90%, que se veía reducida hasta un 2% de LME a los 6 meses. En EEUU, en 2013, el porcentaje de inicio de LM era del 76%, mientras que a los 6 meses, la LME era de un 16%⁶².

En Europa, los países nórdicos destacan por presentar cifras de inicio de LM próximas al 100%, mientras que Irlanda o Francia presentan los datos más bajos (44% y 63%, respectivamente). En todos los casos, a los 6 meses se produce una reducción drástica de la prevalencia de LME⁶².

En cuanto a los datos evolutivos, en general, se puede observar un aumento en la prevalencia de LM, lo que indica que la situación ha mejorado en los últimos 20 años^{16,62}, aunque sigue estando distante de las recomendaciones de las sociedades científicas^{45,63,64}. Las zonas más favorecidas son las del Sur de Asia y las menos, el Centro y Este de Europa (figura 1.1).

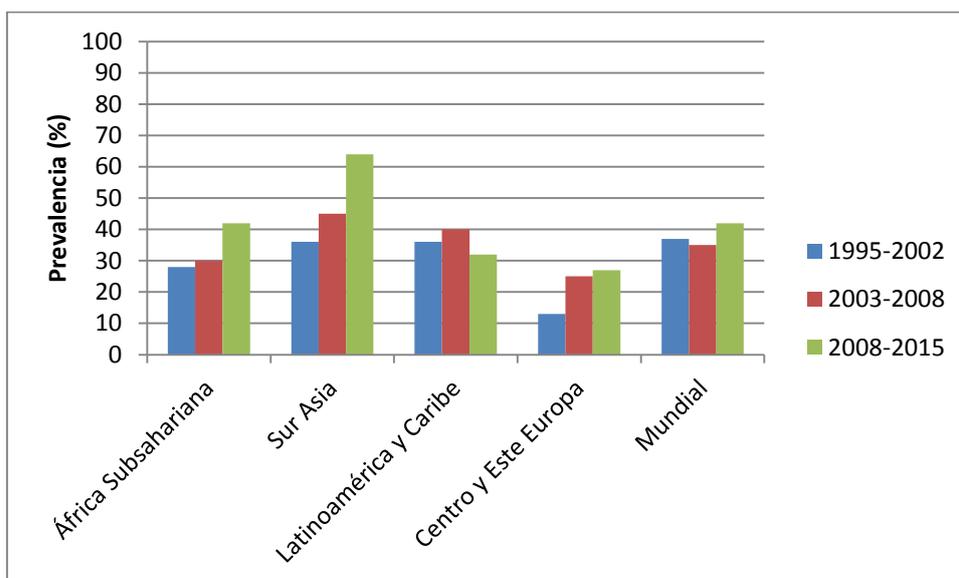


Figura 1.1: Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. Fuente: UNICEF desde 1995-2015⁶¹.

1.4.2. Prevalencia de LM en España

En España no se dispone de ningún sistema oficial adecuado de monitorización y seguimiento de la situación de la LM, por lo que resulta difícil establecer cuál es la magnitud real del problema. Los datos obtenidos provienen de diferentes estudios locales, con mayor o menor rigor y obtenidos con diferente metodología por lo que a veces son difícilmente comparables^{10,62}. Los datos extraídos de algunos de estos estudios muestran cifras de LME de entre un 51% y un 71% al alta hospitalaria que se reducen drásticamente hasta alcanzar porcentajes del 21%-5% a los 6 meses de vida del lactante⁶⁵⁻⁶⁹.

Los datos que se tienen a nivel estatal son extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud, llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que incluyen preguntas relacionadas con la lactancia desde el año 1995. Los últimos datos de los que se tiene referencia son de los años 2006 y 2012. La prevalencia de LME se mantiene prácticamente estable y por debajo de las recomendaciones de las sociedades científicas^{45,63,64,70}, tanto a las 6 semanas, como a los 3 y 6 meses (figura 1.2). En relación a la práctica de LM (tanto LME como parcial) si se observa la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) desde el 1995, se observa (figura 1.3) que, mientras que a las 6 semanas la prevalencia de LM se ha mantenido estable en cifras en torno al 70%; a los 3 y 6 meses, el porcentaje ha aumentado con los años, situándose a los 6 meses en un 47%⁷⁴.

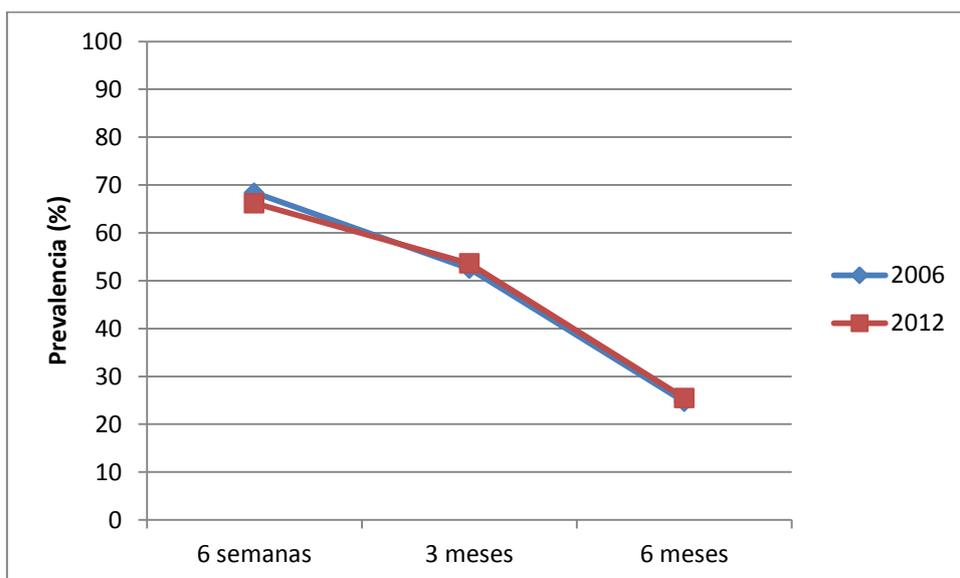


Figura 1.2: prevalencia de lactancia materna exclusiva en España en los años 2006 y 2012. Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2006⁷¹ y 2012⁷⁴). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

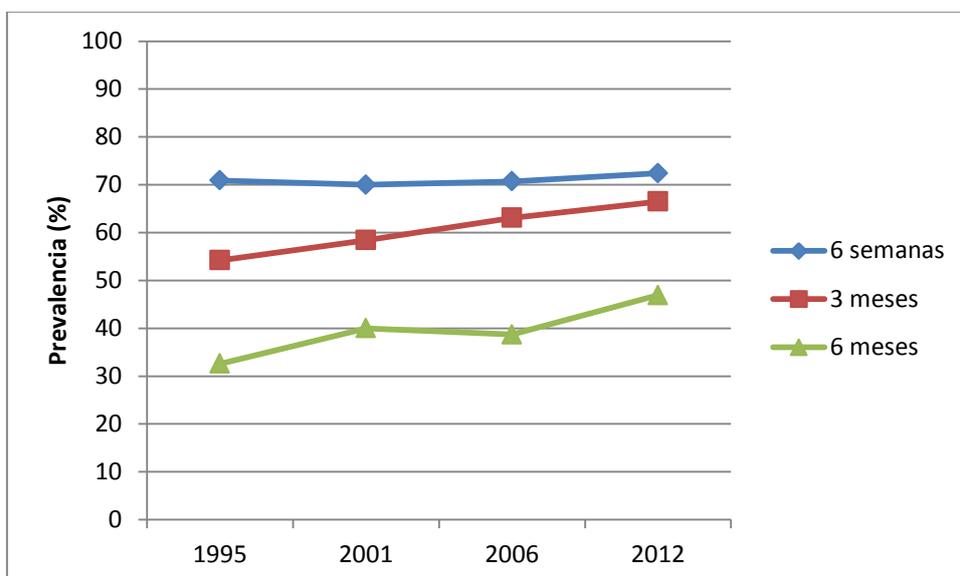


Figura 1.3: Prevalencia de lactancia materna (cualquier tipo) en España desde 1995 hasta 2012. Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁷².

Si se realiza una comparativa entre las distintas Comunidades Autónomas (CCAA) (tabla 1.2), se observa una gran variabilidad. Las CCAA con una prevalencia de LME más alta a los 6 meses son País Vasco, seguida de La Rioja (39,2% y 35% respectivamente) y las comunidades menos favorecidas son Ceuta y Melilla, con un 1,6% y Asturias con un 14,7%⁷¹.

	6 semanas	3 meses	6 meses
Andalucía	66,8	46,9	20,2
Aragón	75,4	62,2	27,8
Asturias (Principado de)	45,8	28,5	14,7
Baleares (Illes)	59,2	51,5	30,3
Canarias	60,0	47,2	25,8
Cantabria	66,4	45,9	17,5
Castilla y León	70,6	53,1	25,6
Castilla la Mancha	73,2	55,3	24,7
Cataluña	69,6	55,9	28,9
Comunidad Valenciana	69,6	47,7	25,6
Extremadura	57,0	44,5	20,6
Galicia	55,4	44,0	20,1
Madrid	71,2	61,2	23,5
Murcia	72,8	52,3	20,1
Navarra	76,6	57,0	25,7
País Vasco	81,4	64,1	39,2
La Rioja	84,1	74,4	35
Ceuta y Melilla	37,3	13,6	1,6

Tabla 1.2: Prevalencia de lactancia materna exclusiva por Comunidades Autónomas. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006⁷¹.

1.4.3. Prevalencia de LM en Galicia

Hasta la fecha existen muy pocos estudios que hayan estudiado la prevalencia de LM en Galicia. Un estudio descriptivo pre-test/post-test, realizado en el año 2008 en el Área del Val Miñor (Pontevedra), evaluó la eficacia de un programa de apoyo a la LM implantado en los centros de Atención Primaria (AP) del Área. Los resultados indican la eficacia de la intervención, de manera que la prevalencia de LME obtenida es: al mes de vida del lactante 56,9% vs 79,2% (pre y post intervención respectivamente); a los 4 meses 51,4% vs 36,7% y a los 6 meses 17,6% vs 22,2%⁷³.

1.4.4. Prevalencia de LM en Ferrol

La única referencia que hay en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol (XXIF) es un estudio de prevalencia realizado por Tizón⁷⁴ durante el periodo de junio de 2013 a septiembre de 2015. Dicho estudio aporta información sobre prácticas de LM, datos sociodemográficos, y variables perinatales a través de un cuestionario elaborado *ad hoc*. Los datos de la prevalencia de LME en distintos momentos posparto son: 70,9% al alta hospitalaria; 49,4% a los 4 meses

posparto y 5,4% a los 6 meses posparto.

1.5. INDICADORES SEGÚN LA OMS PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE

En el año 2007, la OMS publica unos “Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño”⁷⁵ (tabla 1.3), como resultado de las conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington DC (EEUU). La OMS recomienda la utilización de estos indicadores para ser usados en estudios a gran escala o programas nacionales, con el fin de hacer comparaciones a nivel nacional y local así como para describir las tendencias en el tiempo; identificar las poblaciones en riesgo y las intervenciones destinadas a ellas, así como tomar decisiones con relación a las políticas de asignación de recursos; monitorear el progreso en el logro de metas y para evaluar el impacto de las intervenciones.

Para los estudios locales y regionales recomiendan agregar indicadores más específicos que midan las intervenciones, mensajes y cambios comportamentales esperados. Atendiendo a los objetivos del presente estudio y con el fin de operativizar los resultados, se han utilizado las siguientes variables (tabla 1.4).

1.6. RECOMENDACIONES DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

La alimentación con leche materna es, probablemente, la intervención sanitaria que con menores costes económicos consigue mayores beneficios sobre la salud del individuo^{62,64}. Es por ello que la OMS y UNICEF adoptaron en el año 2002 la “Estrategia Mundial para la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño”⁷⁶ recomendando iniciar la alimentación al pecho en la primera hora de vida y la LME durante los seis primeros meses de vida y con una alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad o hasta que la madre y el niño lo deseen⁴⁵, recomendación que suscribe la Academia Americana de Pediatría⁷⁷.

A pesar de estas recomendaciones, en los países desarrollados sigue existiendo un debate sobre la adecuación de los micronutrientes de la LM; de la magnitud de los beneficios para la salud materno-infantil; y de la conveniencia o no de la introducción de alimentación complementaria de forma precoz, a los tres o cuatro meses de edad. Por ello, en el año 2012, la Cochrane Database of Systematic Reviews publica una revisión sistemática en la que concluye lo que había promulgado la OMS once años antes: que la LME durante los seis primeros meses de vida aporta amplios beneficios tanto a la madre como al bebé⁴⁵.

LM exclusiva	El lactante recibe solamente leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). No ingiere ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. Puede recibir, también, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas) o sales de rehidratación oral (SRO).
LM predominante	El lactante recibe leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer) como principal fuente de alimento. Puede recibir agua y bebidas a base de agua, zumos de fruta, SRO, líquidos rituales y gotas o jarabes (vitaminas, minerales o medicinas). No recibe leche artificial ni ningún otro alimento.
LM	El lactante recibe leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). Puede ingerir cualquier comida o líquido incluyendo leche artificial.
Alimentación complementaria	Requiere que el lactante reciba leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer) y alimentos sólidos o semisólidos (cualquier comida o líquido incluyendo leche artificial).
Alimentación con biberón	El lactante recibe cualquier líquido (incluyendo leche materna y artificial) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina.

Tabla 1.3: Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Fuente: Organización Mundial de la Salud⁷⁵. Abreviaturas: LM: lactancia materna.

LM exclusiva	El lactante recibe solamente leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). No ingiere ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. Puede recibir, también, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas) o sales de rehidratación oral (SRO).
Lactancia mixta¹	El lactante recibe leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). Puede ingerir cualquier comida o líquido incluyendo leche artificial.
Lactancia artificial	El lactante recibe leche artificial únicamente o junto con otros alimentos sólidos o semisólidos.

Tabla 1.4: Variables utilizadas en el estudio para valorar la alimentación del lactante. ¹ Equivaldría a lo que la OMS denomina "lactancia materna". Abreviaturas: LM: lactancia materna.

El reto por el que actualmente trabaja la OMS es conseguir que, a nivel mundial, al menos el 50% de los bebés reciban a los 6 meses de edad LME⁶⁴.

1.7. MEDIDAS ACERCA DE LA PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LM

A finales de los años 70, a la vista del gran aumento de la mortalidad y la morbilidad infantil, que supone un grave problema de Salud Pública, se activa la alarma sanitaria y comienzan una serie de intervenciones y estrategias a nivel gubernamental e institucional en pro de aumentar la prevalencia de LM a nivel mundial.

A continuación se resumen, por orden cronológico, las estrategias e intervenciones más importantes a nivel mundial:

1.7.1. 1974-27ª Asamblea Mundial de la Salud

La primera llamada de alerta sobre la preocupante situación de la LM tiene lugar en la 27ª Asamblea Mundial de la Salud, en el año 1974⁷⁸. En dicha Asamblea se advirtió de la influencia del descenso de la LM en la malnutrición infantil y se relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales, instando a los estados miembros a adoptar medidas correctoras, entre ellas la promulgación de leyes y reglamentos en caso de necesidad⁷⁸.

1.7.2. 1978-31ª Asamblea Mundial de la Salud

Cuatro años más tarde, en el 1978 se celebra la 31ª Asamblea Mundial de la Salud donde se identifica la prevención de la malnutrición infantil como una prioridad de salud pública y la LM como una importante vía para conseguir erradicarla³.

1.7.3. 1981-Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche materna

En el año 1979, la OMS y UNICEF establecen, en una reunión conjunta, la necesidad de promover y apoyar la LM. Además, promueven una serie de prácticas apropiadas de publicidad y comercialización de sucedáneos de leche materna. De esta reunión internacional surge el “Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna”⁷⁹ (CSLM) que adoptan todos los países participantes en la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, en 1981, excepto EEUU. El objetivo del CSLM, adoptado en forma de recomendación, no de reglamento, es: “Contribuir o proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de leche materna, cuando estos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada mediante métodos apropiados de comercialización y distribución”⁷⁹. Cabe destacar los artículos 4.2 y 6.5 del CSLM:

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 todos y cada uno de los siguientes extremos: 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 y uso correcto, cuando sea necesario, de preparaciones para lactantes fabricadas industrialmente o hechas en casa. Cuando dichos materiales contienen información acerca del empleo de preparaciones para lactantes, deben señalar las correspondientes repercusiones sociales y financieras, los riesgos que presentan para la salud los alimentos o los métodos de alimentación inadecuados y, sobre todo, los riesgos que presenta para la salud el uso innecesario o incorrecto de preparaciones para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna. Con ese material no deben utilizarse imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.

Artículo 6.5: Sólo los agentes de salud o, en caso necesario, otros agentes de la comunidad, podrán hacer demostraciones sobre alimentación con preparaciones para lactantes, fabricadas industrialmente o hechas en casa, y únicamente a las madres, o a los miembros de la familia que necesiten utilizarlas; la información facilitada debe incluir una clara explicación de los riesgos que puede acarrear una utilización incorrecta.

En relación a la situación en España, el gobierno ratificó el CSLM en el año 1992, por medio de Real Decreto 1408/92 (BOE de 13/01/93)⁸⁰. Posteriormente esta legislación fue actualizada en 1996, a través del Real Decreto 1907/96 (BOE de 2/08/96)⁸¹ sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria. En la actualidad, los decretos vigentes relativos a la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación, así como sobre los alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad, son el Real Decreto 867/2008 (BOE 30/05/2008)⁸² y el Real Decreto 490/ 98 (BOE 7/04/1998)⁸³, respectivamente.

1.7.4. 1989-“Protección, Promoción y Apoyo a la LM: La función especial de los servicios de maternidad”

En el 1989 la OMS y UNICEF elaboran un documento conjunto denominado “Protección, Promoción y Apoyo a la LM: La función especial de los servicios de maternidad” en el que establecen los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” que deberán seguir todos los

servicios de maternidad (tabla 1.5). Asimismo, elaboran una lista de comprobación para determinar si los hospitales, salas y clínicas de maternidad dan apoyo suficiente a la LM⁸⁴.

Paso 1	Disponer de una política por escrito relativa a la LM que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
Paso 2	Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
Paso 3	Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la LM y la forma de ponerla en práctica.
Paso 4	Ayudar a las madres a iniciar la LM durante la media hora siguiente al parto.
Paso 5	Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la LM incluso si tienen que separarse de sus hijos.
Paso 6	No dar a los RN más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
Paso 7	Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
Paso 8	Fomentar la LM cada vez que se solicite.
Paso 9	No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes.
Paso 10	Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la LM y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Tabla 1.5: "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural"⁸⁷. Abreviaturas: LM: lactancia materna.

1.7.5. 1990-Declaración de Innocenti

El impulso definitivo para la promoción, protección y apoyo a la LM lo supuso la "Declaración de Innocenti" que surge de la reunión conjunta de la OMS y UNICEF en la ciudad de Florencia en 1990 sobre "LM en los 90`s"⁸⁵. Esta declaración refleja el contenido del documento original preparado para la reunión donde todos los participantes reconocen que la LM es un proceso único que:

- Provee una nutrición ideal para los niños y contribuye a su saludable crecimiento y desarrollo.
- Disminuye la morbilidad y mortalidad infantil provocada por enfermedades infecciosas.
- Contribuye a la salud de la mujer reduciendo el riesgo de cáncer de ovarios y de pecho y aumentando el tiempo entre embarazos.
- Provee beneficios sociales y económicos a la familia y al país.

- Provee a la mayoría de las mujeres con un sentido de satisfacción cuando la LM es exitosa.

y que recientes investigaciones han encontrado que:

- Estos beneficios aumentan con el aumento de la exclusividad de la LM durante los primeros seis meses de edad y a partir de ahí con el aumento en la duración de la LM junto con la alimentación complementaria.
- La programación de intervenciones sanitarias pueden producir cambios positivos en el comportamiento hacia la LM.

Declaran que:

- Como una meta global para una óptima salud y nutrición materna e infantil, todos los niños deben ser alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 4-6 meses de edad. A partir de ahí deben continuar siendo alimentados al pecho recibiendo además la alimentación complementaria adecuada hasta por lo menos los dos años de edad. Este ideal de alimentación infantil será alcanzado creando un ambiente apropiado de conciencia y apoyo para las mujeres.
- Obtener esta meta requiere, en muchos países, el reforzamiento de una "cultura de la LM" y su vigorosa defensa contra las incursiones de la "cultura del biberón". Esto requiere compromisos y abogar por la movilización social, utilizando al máximo el prestigio y autoridad de líderes sociales reconocidos en todas las facetas de vida.
- Deben de hacerse esfuerzos para aumentar la confianza de las mujeres en su habilidad para amamantar. Este reforzamiento incluye la privación de restricciones e influencias que manipulan la percepción y el comportamiento hacia la LM, a menudo mediante medios sutiles e indirectos. Esto requiere sensibilidad, vigilancia continua y una estrategia de comunicación comprensible incluyendo a todos los medios y dirigida a todos los niveles de la sociedad.
- Deben ser eliminados todos los obstáculos a la LM dentro del sistema de salud, del lugar de trabajo y de la comunidad. Deben tomarse medidas para asegurar que las mujeres estén adecuadamente nutridas para conseguir una salud óptima para ellas y para sus familias. Además, asegurándose de que todas las mujeres tengan acceso a los servicios de información y planificación familiar se debe permitir sostener la LM a todas las madres y evitar así intervalos cortos entre nacimientos que puedan comprometer su salud y el estado nutricional de sus hijos y de ellas mismas.

- Todos los gobiernos deben desarrollar políticas nacionales sobre LM y establecer objetivos apropiados para los 90s. Deben establecer un sistema nacional para monitorizar el logro de sus objetivos y deben desarrollar indicadores como la prevalencia de bebés alimentados exclusivamente con leche materna al ser dados de alta de las maternidades y a los cuatro meses de edad.
- Se exhorta a las autoridades nacionales a integrar sus políticas sobre LM en sus políticas generales de salud y desarrollo. Haciendo esto deben reforzar todas las acciones que protegen, promueven y apoyan la LM dentro de programas complementarios como cuidado prenatal y perinatal, nutrición, servicios de planificación familiar y prevención y tratamiento de enfermedades comunes de la infancia y maternas. Todo el personal de salud debe ser entrenado en las habilidades necesarias para implementar estas políticas de LM.

Según Abrahams⁸⁶, el acceso a las nuevas tecnologías de la información ha permitido que la industria farmacéutica haga llegar su publicidad a un mayor número de futuras madres, lo que constituye una violación del CSLM.

1.7.6. 1991-Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)

Un año después de la Declaración de Innocenti, en el Congreso de Pediatría de Ankara, en 1991, se presenta la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)⁸⁷. En septiembre de 2009, este proyecto cambia de nombre pasando a denominarse “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”. Tres razones principales motivan este cambio de nombre: en primer lugar, UNICEF participa en otro proyecto de mejora de la atención a los niños en los hospitales españoles que utiliza los términos Hospital y Amigo. Mantener dos proyectos con nombres similares y objetivos diferentes podría crear confusión. Por otro lado, ha habido quejas por parte de pediatras hospitalarios por sentir que la falta del reconocimiento como “Hospital Amigo” podría llevar a pensar que estos hospitales eran enemigos de los niños. Y por último, desde el Observatorio de Salud de la Mujer, en el que participa la IHAN, se viene recomendando la adecuación del lenguaje de género para evitar discriminaciones por lenguaje (niños/as)⁸⁸.

La iniciativa IHAN galardona a los hospitales que cumplen los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” comentados previamente, junto con el obligado cumplimiento de acatar el CSLM⁸⁸. La IHAN supone la intervención más efectiva a nivel hospitalario para aumentar las tasas de cualquier tipo de LM⁸⁹.



Figura 1.4: Mapa de los hospitales españoles acreditados por la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños⁸⁸.

En la actualidad, España cuenta con 17 centros hospitalarios acreditados por la IHAN, uno de ellos en Galicia (Hospital do Salnés) (ver figura 1.4). Asimismo, 78 hospitales más están en este momento en distintas fases de consecución de dicha acreditación⁸⁸. La cifra ha ido aumentando (en 2002, había 8 hospitales acreditados y en 2007, 13)⁹⁰ aunque el porcentaje de hospitales IHAN en nuestro país sigue siendo muy bajo comparado con otros países europeos (Suecia, Noruega, Países Bajos, Eslovenia), donde la mayoría de sus hospitales son IHAN⁹⁰. Con respecto a los centros de Salud, únicamente hay 4 centros acreditados en España y 116 en fase de acreditación⁸⁸.

1.7.7. Curvas de crecimiento de la OMS

A principios de los años '90 se nombra a un grupo de expertos para que lleven a cabo una meticulosa evaluación de las referencias de crecimiento que se venían utilizando a nivel internacional desde los años '70, después de que varios autores documentaran las numerosas limitaciones de dichas referencias. Las nuevas referencias de crecimiento, denominadas "Curvas de crecimiento de la OMS"⁹¹ se desarrollan a partir de un estudio multicéntrico llevado a cabo entre 1997 y 2003 que recoge datos de crecimiento de 8440 niños de diferentes países, etnias y entornos culturales. Una característica fundamental de las "Curvas de crecimiento de la OMS" es que identifican explícitamente la LM como la norma biológica y a los niños alimentados con LM como el modelo normativo de crecimiento y desarrollo⁹¹. Tanto las curvas como las herramientas necesarias para facilitar su uso están disponibles en el siguiente enlace: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>

1.7.8. 2002-55ª Asamblea Mundial de la Salud “Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño”

En el año 2002 se presentó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud la “Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño”⁷⁶ elaborada por la OMS y UNICEF. En dicha estrategia, los Estados miembros renuevan el compromiso de proseguir la labor conjunta de acuerdo con la Iniciativa «Hospitales amigos del niño», el CSLM y la Declaración Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la LM.

El objetivo de esta estrategia es servir de guía para la adopción de medidas, ya que identifica intervenciones cuyas repercusiones positivas están ampliamente probadas, y en ella se hace hincapié en que se ofrezca a las madres y las familias el apoyo que necesitan para desempeñar sus papeles fundamentales. Además, se definen expresamente las obligaciones y las responsabilidades que tienen a este respecto los gobiernos, las organizaciones internacionales y demás partes interesadas.

1.7.9. 2004-Protección, Promoción y Apoyo a la LM en Europa: un plan estratégico para la acción

En la Conferencia de la UE sobre la Promoción de la lactancia en Europa, celebrada en Dublín en el 2004, se presenta el proyecto “Protección, Promoción y Apoyo a la LM en Europa: plan estratégico”⁹². Este Plan es un modelo que resalta las acciones que los planes nacionales o regionales deben contener e implementar. Recalca que los planes de acción deben implementarse sobre políticas claras, una gestión firme y una financiación adecuada.

1.7.10. 2005-15º aniversario de la Declaración de Innocenti

Con motivo del 15º aniversario de la Declaración de Innocenti se celebra en Florencia una reunión y se proclama la Declaración de Innocenti del 2005. Hace hincapié en la necesidad de crear un entorno que permita a las madres, familias y otras personas a cargo de los niños tomar decisiones informadas acerca de una alimentación óptima, definida como la LME durante seis meses con la posterior introducción de alimentación complementaria apropiada y la LM continuada hasta los dos años o más⁹³.

1.7.11. 2006-“Recomendaciones para la alimentación del lactante y el niño pequeño de la Unión Europea”

Dentro del proyecto “Red Europea para la Nutrición Pública Saludable” (EUNUTNET), un grupo de trabajo ha preparado esta Guía de recomendaciones para complementar el Plan Estratégico para la Promoción, Protección y Soporte del Amamantamiento en Europa (2004). Las

recomendaciones consisten en directrices prácticas organizadas por ciclos vitales: antes del embarazo, en el embarazo, nacimiento, primeros días de vida, primer mes, hasta los seis meses y después de los seis meses. Se incluyen también pautas para los niños prematuros y de bajo peso. La existencia de un conjunto de recomendaciones común para Europa tiene muchas ventajas: los profesionales de la salud que se desplacen de un país a otro no tendrán que cambiar sus prácticas; será posible compartir recursos, especialmente para planificación, formación e investigación; habrá bases comunes para recogida de datos y evaluación de programas y se verán facilitadas la armonización y aplicación de las regularizaciones del mercado⁹⁴.

1.7.12 2012- OMS lanza “*Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition*”. Metas globales 2025

En el año 2012, la 65ª Asamblea Mundial de la Salud respalda el “*Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition*” que especifica seis objetivos nutricionales para mejorar la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño en el año 2025. El objetivo de la OMS respecto a la LM es conseguir una tasa de LME en los seis primeros meses de vida del 50%. Esto, según la OMS es posible, ya que entre el decenio 1985 y 1995 las tasas globales de LME pasaron del 14% al 38%, aunque posteriormente disminuyeron en numerosas regiones. Para conseguir este nuevo reto para el 2025 los gobiernos deben llevar a cabo una serie de propuestas⁶⁴:

- Proporcionar a los centros sanitarios los medios y capacidad suficientes para apoyar la LME, incluyendo revitalizar, ampliar e institucionalizar la opción “Iniciativa hospital amigo de los niños” en los sistemas de salud.
- Proporcionar estrategias comunitarias que apoyen la LME, incluido la implementación de campañas de comunicación adaptados al contexto local.
- Limitar significativamente la agresiva e inapropiada comercialización de sucedáneos de la leche materna a través del fortalecimiento de la vigilancia, el cumplimiento y la legislación relacionada en el CSLM y demás resoluciones posteriores de la Asamblea de salud de la OMS.
- Motivar a las mujeres a amamantar exclusivamente, promulgando la baja por maternidad obligatoria de 6 meses, así como políticas que animen a las mujeres a amamantar en el lugar de trabajo y en público.
- Invertir en la formación, protección, promoción y apoyo de la LME.

La situación de la LM a nivel mundial es fruto de los hechos históricos resumidos en este apartado.

Actualmente la promoción de la LM forma parte de los planes de salud nacionales y autonómicos, incluida en la cartera de servicios comunes de AP de salud a todo el Sistema Nacional de Salud. En los servicios de atención a la mujer se incluyen, en la atención al embarazo y al puerperio, el fomento de la LM dentro de la educación maternal (EM) y la visita puerperal en el primer mes posparto para valoración del estado de salud de la mujer y el RN. Además, en los servicios de atención a la infancia se incluyen la valoración del estado nutricional y la educación sanitaria^{95,96}. En Galicia, el SERGAS no tiene actualmente publicada ninguna cartera de servicios complementaria a la del SNS.

1.8. PROMOCIÓN DE LA LM EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La Guía Técnica del Proceso de Educación Maternal Prenatal y Posnatal del Servicio Galego de Saúde (SERGAS)⁹⁷ incluye el contenido acerca de LM que las matronas de AP deben tener en cuenta a la hora de programar y llevar a cabo las clases de EM, tanto prenatal como posnatal.

1.8.1. EM prenatal

En relación a la EM prenatal, la Guía recomienda dividir el contenido de la clase sobre LM en dos sesiones, cuyos objetivos y contenidos se resumen en la tabla 1.6.

La Guía incluye, así mismo, una propuesta para el desarrollo de estas sesiones, que incluye los siguientes puntos:

- Solicitarle al grupo que defina las ventajas. Añadir las que no nombren.
- Simulación de la técnica de LM con muñeco.
- Participación de una madre lactante como modelo y refuerzo.
- Preguntar por el conocimiento en el grupo sobre posturas de amamantamiento.
- Describir tipos e posturas. Práctica con el muñeco.
- Dialogar sobre el concepto “a demanda”.

1.8.2. EM posnatal

En cuanto a la EM posnatal la citada Guía Técnica del SERGAS⁹⁷ incluye la información sobre LM que debe estar incluida en las sesiones de EM posnatal (tabla 1.7).

	OBJETIVOS	CONTENIDOS
1ª SESIÓN preparto	<p>Conocer las ventajas de la LM para madre y bebé.</p> <p>Comprender la fisiología de la LM.</p> <p>Conocer las posturas del amamantamiento.</p> <p>Fomentar la LM a demanda.</p> <p>Conocer cómo se debe cuidar la madre durante la LM.</p>	<p>Ventajas de la LM para el bebe y la madre.</p> <p>Galactogénesis.</p> <p>Galactopoyesis.</p> <p>Eyección láctea (importancia del vaciado del pecho; importancia de la succión para la producción de leche; importancia de la lactancia precoz en la 1ª media hora de vida).</p> <p>Características de la leche materna.</p> <p>Signos de un buen agarre.</p> <p>Diferentes posturas para amamantar.</p> <p>Comodidad y confort de la madre.</p> <p>Accesorios: cojín, almohada, reposapiés...</p> <p>Explicación del concepto de la demanda: “el pecho no tiene horario”.</p> <p>Alimentación, suplementos farmacológicos, ingestión de medicamentos durante la LM, alcohol, tabaco, tóxicos...</p>
2ª SESIÓN preparto	<p>Eliminar mitos y falsas creencias.</p> <p>Conocer cómo se puede compatibilizar LM y trabajo.</p> <p>Conocer los problemas y las incidencias que se pueden presentar y sus soluciones.</p> <p>Informar en caso de situaciones especiales.</p>	<p>Hidratación materna, galactogogos, menstruación, “leche aguada”.</p> <p>Extracción, conservación, transporte y manipulación.</p> <p>Reducción del horario laboral, cambios de jornada.</p> <p>Introducción de alimentación complementaria.</p> <p>Manejo de situaciones como: ingurgitación, grietas, dolor, conductos obstruidos, mastitis, candidiasis, crisis de lactancia y brotes de crecimiento.</p> <p>Situaciones especiales: embarazo múltiple, lactancia en tándem, patología materna, síndrome de Down, labio leporino.</p>

Tabla 1.6: Contenidos sobre lactancia materna en la clase de Educación Maternal prenatal. Fuente: Guía técnica del proceso de Educación Maternal prenatal y posnatal. Xunta de Galicia⁹⁷. Abreviaturas: LM: lactancia materna.

La propuesta de desarrollo de esta sesión posparto incluye:

- Observación de una tetada.
- Serán las madres las que expliquen su experiencia hasta ahora con respecto a estos conceptos.
- Abordaje de los contenidos partiendo de la demanda de información del grupo.
- Invitar a las madres a comentar los problemas con los que se encontraron hasta ahora y cómo los solucionaron.
- Reforzar conceptos clave en cada situación: frío o calor, buen vaciado, cambios de postura, etc.
- Conocer los hábitos de vida de las participantes. Resaltar los aspectos positivos e invitar a adoptar medidas que favorezcan el bienestar de la madre.

- Animar a la participación en los grupos de posparto.
- Demostración de la extracción manual y mecánica. Que cada miembro exponga sus intenciones al respecto.
- Analizar los apoyos de los que dispone cada una.
- Aprender a extraer leche, manipularlo adecuadamente y conservarlo.
- Puesta en común de la experiencia en general; sensaciones y sentimientos sobre la LM.

Así mismo, la Guía incluye un anexo con las recomendaciones que deben seguir los profesionales sanitarios a la hora de facilitar el apoyo y la información sobre LM a la mujer.

A pesar de la existencia de esta Guía técnica desde el año 2008, existe una variabilidad considerable en cuanto al contenido de las clases de EM en función del centro de salud y la matrona responsable de las mismas, según evidencia un estudio realizado en el año 2013 en la XXIF. La investigadora se aproxima a la situación real de la educación prenatal en la XXIF. Lo hace comparando las clases de EM en los dos centros con más afluencia de mujeres de la XXIF. Se evidencia una diferencia entre los dos centros en relación a varios aspectos: número de clases; estructura de las sesiones y duración de las mismas; temática de las sesiones y actitud de la matrona con las mujeres (integración de mujeres nuevas, conocimiento de las mujeres y sus características, confianza establecida entre la matrona y las mujeres) y actitud de la matrona respecto a las opciones de crianza. Esto último resulta fundamental ya que, mientras que en un centro la matrona adopta una actitud neutral respetando toda opción de crianza, en el otro, a pesar de tener una actitud respetuosa, la matrona enseña unas opciones de crianza que son las que ella comparte y no da otras posibilidades. A pesar de que en este trabajo no se analiza en profundidad el contenido de las clases de lactancia, cabe pensar, atendiendo a lo anteriormente dicho, que exista cierta variabilidad en su contenido y posición desde la que la matrona da la información sobre la LM⁹⁸.

Además, el SERGAS pone a disposición de los padres y del público general dos recursos informativos sobre LM a los que se puede acceder a través de su página web: “cuidate cuidarme” y “guía de cuidados infantiles saludables”. Incluyen información sobre cuidados del RN: vacunación; desarrollo psicomotor; seguridad; pruebas metabólicas... Con respecto a la LM se puede obtener información sobre: ventajas de la LM; técnica de amamantamiento; dificultades solucionables; técnica de extracción de leche; derechos laborales en embarazo y lactancia; grupos de apoyo a la LM...⁹⁹.

	OBJETIVOS	CONTENIDOS
SESIÓN POSPARTO	<p>Fomentar una LM de éxito y duradera.</p> <p>Capacitar a la madre para resolver las incidencias y los problemas que se puedan presentar.</p> <p>Conocer la repercusión de los hábitos tóxicos y los medicamentos sobre la LM.</p> <p>Promover los cuidados maternos durante la LM.</p> <p>Animar a la madre a continuar con la LM después de incorporarse al trabajo.</p> <p>Analizar la experiencia personal con la LM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la postura. - Buen vaciado del pecho. - Importancia de la succión. - LM a demanda. - Duración de la LM (OMS y UNICEF). - Información para actuar en caso de: <ul style="list-style-type: none"> · Grietas, mastitis, conductos obstruidos. · Candidiasis. · Aumento de la demanda por brote de crecimiento. · Huelga de hambre. · Parto múltiple. · LM en tándem. · Síndrome de Down. · Labio leporino. · Frenillo lingual corto, etc. · Patología materna. - Información sobre hábitos tóxicos y medicamentos durante la LM: <ul style="list-style-type: none"> · Estimulantes: té y café. · Tabaco. · Alcohol. · Medicamentos permitidos y contraindicados. - Alimentación equilibrada y variada. · Suplemento de yodo 200 µg de yoduro potásico durante todo el período de LM. - Fomentar el ejercicio físico. - Adaptación de ritmos de descanso y sueño. - Higiene: Mamas, tintes, cremas reductoras, etc. - Ropa: sujetador, no fajas, etc. - Continuidad de la LM. · Ventajas para el bebé y la madre. · Distintas posibilidades según las jornadas laborales. · Derechos del trabajador. · Extracción, manipulación y conservación de la leche materna. · LM y alimentación complementaria.

Tabla 1.7: Contenidos sobre lactancia materna en la clase de Educación Maternal posnatal. Fuente: Guía técnica del proceso de Educación Maternal prenatal y posnatal. Xunta de Galicia⁹⁷. Abreviaturas: LM: lactancia materna.

1.9. REDES DE APOYO A LA LM Y RECURSOS COMUNITARIOS

Está demostrado que la combinación de apoyo profesional y no profesional aumenta la duración de cualquier tipo de LM¹⁰⁰, a nivel de los servicios de salud, comunitario o en casa⁸⁹.

Como ya se ha explicado en el apartado “Recuerdo histórico de la LM”, a partir de principios del s.XX diversas circunstancias han llevado a la extinción de la cultura del amamantamiento y a la normalización del uso de sucedáneos de leche materna para alimentar a los bebés. El sistema tradicional que reforzaba el amamantamiento, mujeres que apoyaban a otras mujeres, comenzó a fallar y la sociedad empezó a considerar normal la lactancia artificial.

Sin embargo, a la vista de la evidencia cada vez más potente sobre los riesgos del abandono de la LM, actualmente son muchas las personas que, con distinto nivel de formación, trabajan en la promoción y fomento de la misma a través de la Consejería de LM.

La Consejería en LM es una forma especial de trabajar que supone acompañar, aclarar y dar información en el momento oportuno, facilitar la escucha y el entendimiento acerca de cómo se siente la madre y transmitir respeto y apoyo hacia las decisiones que ella toma. Para realizar un buen trabajo de consejería en LM es necesario pues, aprender a escuchar y facilitar información, evitando aconsejar. La clave para que se establezca una buena relación es que la madre se sienta valorada y aceptada; que perciba que sus sentimientos son comprendidos; que descubra qué desea cambiar y que perciba que se le permite hacerlo.

Además de los profesionales sanitarios existen otras figuras que realizan Consejería de LM y que se comentan a continuación:

1.9.1. Las consejeras en LM

Las consejeras en lactancia son mujeres que generalmente han sido madres, con distinto nivel de formación en LM, que ayudan a otras madres en el arte de amamantar. Para designar esta función social, se utilizan indistintamente los términos de monitoras, asesoras o consejeras en lactancia⁹⁵.

Una buena consejera de lactancia debe tener las siguientes cualidades: empatía, para poder seleccionar, percibir y responder con exactitud a los sentimientos de cada madre; autenticidad, para escuchar y responder manteniendo sus propios valores e ideas; respeto, sin juzgar ni imponerse, aceptando a la mujer tal cual es; mostrar atención, evitando interrumpir; tener en cuenta ciertos aspectos del lenguaje corporal (mirar a los ojos, responder con mirada de aprobación, establecer contacto físico...); paciencia, para que la madre pueda definir y expresar sus problemas y pragmatismo, de manera que pueda expresarse en términos claros. La mayoría de las consejeras en LM realizan su labor dentro de un grupo de apoyo a la LM, aunque también pueden hacerlo de forma individual¹⁰¹.

1.9.2. Grupos de apoyo a la LM (GALM)

Los grupos de apoyo madre a madre para la LM (GALM), representan mujeres ayudando a mujeres. Son pequeños grupos de embarazadas y/o madres que están amamantando, o han amamantado, que se reúnen periódicamente con el fin de compartir experiencias, apoyo e información adecuada acerca de la LM. En el GALM, todas aprenden de todas intercambiando conocimientos, alentándose mutuamente, reflexionando sobre su propia situación y afianzándose en sus decisiones. Esto contribuye a que afirmen la confianza en sí mismas, fortaleciendo sus propias capacidades maternas. Además de aprender de la experiencia de

las demás, la escucha les facilita la identificación de sus propias necesidades y las anima a pedir ayuda.

Los grupos de apoyo son complementarios y nunca deben sustituir el trabajo de los profesionales, de manera que remitirán a los servicios de salud a aquellas madres y bebés que se considere que requieren atención especial. En España, en la actualidad hay 519 grupos de apoyo a la LM¹⁰².

FEDALMA (Federación Española de Asociaciones pro-LM) es una federación de ámbito estatal que reúne actualmente a 69 asociaciones y grupos de apoyo de toda España que se dedican a la promoción, protección y apoyo de la LM como estrategia de prevención para la salud¹⁰³.

En el ámbito de Galicia se constituyó en el 2007 FEDEGALMA, que cuenta en la actualidad con 10 grupos, repartidos por toda la Comunidad Autónoma: Aloumiños de leite, BBTTA, Bico de leite, Chuchamel, Mámoa, Criando, Pinga Doce, A Peito, Alma, Maimiña e Teta Meiga¹⁰⁴.

Los Grupos de apoyo para madres pueden ser coordinados por personal de salud o alguien con conocimientos sobre el tema, aunque su experiencia en lactancia no haya sido adquirida de forma personal. Esta persona puede no ser madre y no pertenecer culturalmente al grupo, y aparece frente al resto de las integrantes como un experto. En estos grupos de apoyo la información se transmite por medio de conferencias o charlas. En nuestro entorno funcionan así muchos grupos de puerperio coordinados por matronas en los centros de salud.

1.9.3. Consultoras de LM certificadas

Una Consultora de Lactancia Certificada “IBCLC” (*International Board Certified Lactation Consultant por sus siglas en inglés*) es una profesional de la salud especializada en el manejo clínico de la LM. El IBLCE (*International Board of Lactation Consultant Examiners*) es el organismo internacional independiente encargado de certificar a todas las IBCLCs del mundo.

Las Consultoras Certificadas en LM trabajan dentro de unos estándares y de acuerdo a un código ético establecido por el IBLCE y aceptado por las propias Consultoras.

Para obtener la certificación, es necesario acreditar previamente una serie de horas de prácticas, conocimientos de anatomía y fisiología de la lactancia y del crecimiento infantil, y formación específica en LM. Una vez cubiertos estos requisitos previos, es necesaria la superación de un examen teórico, de nivel universitario, y la reacreditación cada cinco años,

como medio para garantizar la actualización de conocimientos de las Consultoras. Actualmente hay más de 27.450 IBCLCs trabajando en 96 países de todo el mundo¹⁰⁵.

1.9.4. La Leche League Internacional (LLI)

La Liga de la Leche se fundó en 1956 y, en la actualidad, atiende cada mes a más de 300.000 madres en 63 países. La Liga de la Leche es miembro del Consejo de Organizaciones No Gubernamentales de UNICEF y mantiene relaciones de trabajo con la OMS. Es, además, miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la LM (*World Alliance for Breastfeeding Action, WABA*). La Liga de la Leche se fundó para proporcionar información, formación, apoyo y estímulo, principalmente a través de ayuda personal, a todas las madres que quieran amamantar a sus hijos. Para sus integrantes es de vital importancia la ayuda que una madre puede prestar a otra madre para entender las necesidades de su hijo o hija y para aprender a satisfacerlas del mejor modo posible, si bien será siempre un complemento a los cuidados del pediatra y otros profesionales de la salud.

Los Grupos de apoyo de La Liga de la Leche celebran reuniones mensuales en distintas localidades españolas (en la actualidad no hay ningún grupo en Galicia). En estas reuniones las madres comparten experiencias e información sobre LM. Las monitoras acreditadas como representantes oficiales de La Liga de la Leche son madres voluntarias con experiencia personal en LM. Guían las reuniones, aportan información y favorecen un clima de apoyo y respeto que permite la expresión de experiencia y sentimientos que llevan a una lactancia satisfactoria¹⁰⁶.

1.9.5. Las Doulas

Las doulas son mujeres, generalmente madres, que acompañan e informan a la mujer en el proceso de la maternidad. Pueden atender un solo aspecto del proceso o todos ellos (la preconcepción, la infertilidad, el embarazo, el parto, el posparto y la pérdida) y cobran por sus servicios. No son profesionales sanitarios, no sustituyen la labor de la matrona. Tampoco suplantán la función de la pareja o de la familia de la mujer. No hay una formación reglada en nuestro país pero dentro de su preparación hay un apartado específico sobre LM. Dentro del acompañamiento durante el puerperio ayudan al correcto inicio y establecimiento de la LM, realizando una función similar a una asesora en lactancia: proporcionar información, que no consejos, si la mujer lo solicita, para que ella decida de manera libre y consciente. La doula no recomienda, no lleva a la mujer a su terreno, no aconseja ni interviene. Jamás juzgará la decisión de la mujer. Simplemente la acompaña y apoya¹⁰⁷.

1.10. LM Y RELACIONES DE GÉNERO

“Comprender las cuestiones de género significa comprender las oportunidades, las limitaciones y los efectos de los cambios sociales tanto para las mujeres como para los hombres”¹⁰⁸.

1.10.1. Recuerdo histórico de las desigualdades de género

Para entender la influencia entre las relaciones de género y la lactancia es importante conocer la evolución de los comportamientos de los sexos a través de los años y su interacción con el medio ambiente, tanto biológico como social y sus constantes cambios¹⁰⁸.

En la época primitiva no existían relaciones de poder entre los sexos, cada uno jugaba su papel para el mantenimiento y desarrollo del grupo: los hombres garantizaban la comida y la protección del grupo mientras que las mujeres garantizaban la continuidad de la especie a través del embarazo y la lactancia¹⁰⁸.

La división del trabajo *per se* no es lo que determina que un sexo sea socialmente más valioso que el otro. La división del trabajo conduce a la subordinación femenina cuando las sociedades están sometidas a cierto tipo de tensiones sociales. La subordinación femenina encuentra explicación en dos teorías, por parte de la antropología y de la psicología.

Por un lado, la antropología defiende que el desarrollo de culturas guerreras, consecuencia de la necesidad de luchar contra otros grupos para mantener la supervivencia, podría explicar la subordinación de las mujeres. Ya que, mientras el hombre arriesgaba la vida en la guerra, la mujer permanecía en la retaguardia. El precio que la mujer ha tenido que pagar por tal protección ha sido el sometimiento¹⁰⁸.

Otra teoría de la subordinación femenina la da la psicología. Según esta disciplina, la capacidad de las mujeres para el sexo y la maternidad podría haber originado la envidia, el temor y el resentimiento por parte de los hombres. A su vez, esta teoría podría explicar en parte la guerra, como una necesidad masculina de emprender y crear algo en lo que los hombres sean superiores a las mujeres¹⁰⁸.

La subordinación femenina definió la naturaleza esencial de la mujer y el uso impuesto y limitado de su cuerpo para la maternidad y la lactancia. Esta condición fue aceptada por ambos sexos. La mujer quedó, pues, excluida de la guerra, el gobierno, la ley y en algunas culturas también de la religión quedando confinada a la esfera del hogar, confiriendo al hombre de la familia la autoridad sobre ella. Sin embargo, la capacidad de ser madre y amamantar seguía garantizándole un lugar importante en la sociedad. De hecho era mal visto

el que una madre no amamantara a sus hijos, sobre todo varones, y que lo hiciese una nodriza en su lugar¹⁰⁸.

El patrón reproductivo heredado ha sido reforzado por normas religiosas (la antropología encuentra en el libro del Génesis los relatos fundadores de la ideología que ha oprimido a la mujer durante siglos. La creación de Eva desde la costilla de Adán, la maldición que pesa sobre la mujer tras la primera desobediencia y la desaparición de las diosas para sustituirlas por un único Dios Padre son las piedras que han cimentado la desigualdad entre varón y mujer y la posterior opresión de aquel sobre ésta)¹⁰⁹; culturales; políticas (un contexto tan falocéntrico como la dictadura franquista, que se impuso en España durante buena parte del s.XX, se muestra incapaz de un genuino reconocimiento de la LM en pie de igualdad con otras prácticas)⁸; y económicas. Sin embargo, ha ido cambiando con el desarrollo tecnológico, socioeconómico y la necesidad de emancipación de la mujer. A pesar de esos cambios, la relación de subordinación no ha variado y las mujeres sienten que la maternidad y la LM las ata al hogar. Un intento de buscar alternativas para acabar con esa subordinación ha sido la casi erradicación de la LM. Pero los hombres, en su afán por impedir que la mujer recupere su lugar en la sociedad, contraatacan. Lo hacen limitando al mínimo el rol biológico de la mujer, que ya estaba subvalorado. Lo consiguen promoviendo el uso de sucedáneos de leche materna para alimentar a los bebés y con ello, logran la dependencia de las mujeres nuevamente de los hombres, ya que la profesión médica estaba mayoritariamente conformada por varones. Se socavaba así la confianza de la mujer en su capacidad de amamantar¹⁰⁸.

Con la incorporación de la mujer al mercado laboral se reforzó la creencia de que la LM y la maternidad disminuían su libertad ya que, aunque se les permitía trabajar fuera de casa, esas actividades no eran aceptadas fuera del ámbito doméstico. Esto, unido a la falta de apoyo y condiciones en los centros de trabajo, pensados inicialmente para hombres, influyó fuerte y negativamente en los patrones de lactancia.

1.10.2. El feminismo

El feminismo nace como movimiento político y como teoría crítica para transformar las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres¹¹⁰. Aunque el feminismo no es un homogéneo, ni constituye un cuerpo de ideas cerrado, como se verá más adelante, se puede decir que es un movimiento político integral contra el sexismo en todos los terrenos (jurídico, ideológico y socioeconómico) que expresa la lucha de las mujeres contra cualquier forma de discriminación¹¹¹.

1.10.2.1. Inicio del feminismo

Aunque hay autoras que ubican los inicios del feminismo a finales del s.XIII, cuando Guillermina de Bohemia plantea crear una iglesia sólo para mujeres, la lucha de la mujer comienza a tener finalidades precisas a partir de la Revolución Francesa y a las nuevas condiciones de trabajo surgidas a partir de la Revolución Industrial. Pero no será hasta mediados del s.XIX, a partir del sufragismo, cuando comienza una lucha organizada y colectiva¹¹¹. EEUU e Inglaterra fueron los países donde este movimiento tuvo mayor fuerza y repercusión. Al finalizar la segunda guerra mundial, las mujeres consiguieron el voto en la mayoría de los países europeos.

El denominado “nuevo feminismo”, que comienza en EEUU y Europa a finales del s.XX, considera que la igualdad jurídica y política reclamada por las mujeres del siglo anterior, si bien constituyó un paso adelante, no fue suficiente para modificar de forma sustancial el rol de las mujeres ya que las causas de la opresión demostraron ser mucho más complejas y profundas. Los ejes temáticos que plantea este “Nuevo Feminismo” son: la redefinición del concepto de patriarcado; el análisis de los orígenes de la subordinación de la mujer; el rol de la familia; la división sexual del trabajo; la sexualidad y la reformulación de la separación de los espacios público y privado¹¹¹. En definitiva, el desafío del nuevo feminismo es demostrar que la naturaleza no encadena a los seres humanos y les fija su destino. En palabras de Simone de Beauvoir “*No se nace mujer, se llega a serlo*”.

1.10.2.2. Movimientos feministas

Dentro del “Feminismo contemporáneo” o “Nuevo feminismo” existen distintos movimientos con diversas tendencias y orientaciones. Siguiendo la clasificación de Suárez Llanos¹¹², se distinguen siete propuestas femeninas agrupadas en dos categorías: por un lado, el “*feminismo de la igualdad*” y por el otro, el “*feminismo de la diferencia*”.

1.10.2.2.1. Feminismo de la igualdad: pretende conseguir la igualdad entre hombres y mujeres hasta abolir totalmente las diferencias artificiales en razón del sexo. Sus defensoras niegan la existencia de valores femeninos y señalan que la única diferencia válida es la que tiene su origen en la opresión¹¹¹. Dentro de este movimiento se incluyen: el *Feminismo liberal*, el *Feminismo socialista* y el *Feminismo marxista*¹¹³. Se identifican por su esfuerzo por ampliar el marco público de los derechos a las mujeres, convencidos de que puede entenderse que existe un sexo indiferenciado y universal¹¹³.

1.10.2.2.2. Feminismo de la diferencia: surge con el eslogan: “Ser mujer es hermoso”.

Propone una revalorización de lo femenino, planteando una oposición radical a la cultura patriarcal ya que ésta supone la dominación de la perspectiva masculina sobre la femenina^{111,113}. Se distinguen dentro de este grupo: el *Feminismo radical*, el *Feminismo cultural*, el *Feminismo de la diferencia de base psicológica* y el *Feminismo postmoderno*¹¹³.

A pesar de las dificultades para caracterizar las teorías y movimientos que lo engloban, según de las Heras¹¹³ es posible afirmar la existencia del Movimiento Feminista si se tienen en cuenta todos los elementos y objetivos comunes que comparten los feminismos: partir del análisis de la situación de las mujeres en la sociedad; denunciar las relaciones de dominación del sexo masculino sobre el femenino y, considerar que el patriarcado, que se basa en las diferencias de género, es el resultado de un proceso histórico y social y no un hecho natural.

1.10.2.3. Propuestas feministas en relación a la maternidad

Uno de los objetivos del feminismo es analizar de manera crítica la construcción y los efectos de los diversos discursos sociales sobre las mujeres, entre los que destacan los discursos sobre la maternidad. La teoría feminista revela el carácter construido de la maternidad y demuestra que el imaginario social sobre la misma está configurado por diversas representaciones que identifican la maternidad con la femineidad, proporcionando un ideal común para todas las mujeres. Según Saletti¹¹⁰ lo hace a través de dos posturas:

1.10.2.3.1. Posturas feministas que desarticulan el modelo de la “buena madre”

La representación, dominante en nuestra cultura, del amor materno como hecho instintivo, irracional, que se supone se manifiesta desde la infancia de toda mujer es una de las muchas imágenes de la maternidad cultural y socialmente construidas. El concepto del “amor maternal” surge en s.XVIII y obliga a las madres a garantizar la educación de sus hijos. Desde la lógica del sistema patriarcal se desarrollaron argumentos para crear en las madres esa “actitud instintiva”. Uno de ellos fue la LM, proclamada como el componente básico de la correcta nutrición infantil y responsable del vínculo indisoluble entre él y su madre. Al designar el ser madre como un hecho estrictamente natural, la ideología patriarcal sitúa a las mujeres dentro del ámbito de la reproducción biológica, negando su identidad fuera de la función materna. El hecho de que sean las mujeres las que paren es invariable y esta posibilidad biológica se convierte en un mandato social a través de la afirmación del instinto materno universal en las mujeres. Este mito del instinto maternal es un claro exponente de la utilización de datos biológicos con fines de opresión y aislamiento de la mujer en la función reproductiva. El amor maternal es, para esta corriente, algo paradójico. Por un lado es infravalorado por su condición

de instintivo, natural. Por el otro, supone una exigencia para las mujeres, a las que se les acusa de “malas madres” si no demuestran las formas de amor esperadas por la sociedad, como puede ser la LM. Este concepto convierte al hecho de ser madre en una maternidad vigilada y necesaria para mantener el modelo patriarcal.

1.10.2.3.2. Posturas feministas que reconstruyen la maternidad como fuente de placer, conocimiento y poder específicamente femeninos

La cultura patriarcal pretende una ideología maternal donde las mujeres deben amar a sus hijos de manera incondicional y permanente bajo estereotipos de experiencias maternas unívocas. Esta postura feminista rescata la importancia de la ambivalencia en la experiencia de la maternidad, sentimiento que caracteriza a todas las relaciones humanas y que genera en la mujer sentimientos encontrados y opuestos. Para que esta ambivalencia sea posible, las mujeres deben negarse a ser víctimas del patriarcado y para ello deben pensar con su cuerpo, convirtiéndolo en fuente de conocimiento y poder femenino.

La práctica materna se da como respuesta a tres tipos de demandas: el cuidado de la vida de la criatura, su necesidad de crecimiento y el logro de la aceptabilidad social por parte del grupo de referencia. Ser madre equivale a comprometerse con estas demandas: el trabajo materno preserva, nutre, alimenta, hace crecer y entrena para la vida. Consideran fundamental asumir el hecho biológico de la vulnerabilidad humana como algo significativo socialmente, destacando la dependencia del ser humano al nacer, para así resaltar la importancia del trabajo de las madres. Si se entendiese el mundo como una extensión del trabajo materno, el mundo sería un lugar seguro, ya que los elementos femeninos no conciben la violencia.

1.10.3. LM y desigualdades de género

La LM forma parte de un conjunto de prácticas más amplio que se genera en torno a ella, del que se puede considerar núcleo central: la gestación, el parto y la extero-gestación (continuación de la dependencia de la madre fuera del útero) y la crianza. Desde mediados del s.XX, en el mundo occidental se asoció la LM con las ataduras femeninas por parte del patriarcado a la esfera doméstica. Sin embargo, hoy en día existe una reevaluación de la LM desde una óptica distinta, que tiene lugar a la par que se demuestran los beneficios de la LM, no sólo para el bebé sino también para la madre. En este sentido, como apunta Massó⁸ no dar el pecho no es perjudicial sólo para el bebé sino también para la madre y, precisamente en ese sentido, no dar el pecho tiene una lectura bien distinta que la de la liberación de la mujer: un claro perjuicio para la mujer, de raíces profundamente patriarcales. Cuando el movimiento feminista se pregunta qué pasos ha de dar para la emancipación femenina, se suele mirar

siempre a uno de los lados: si el prestigio hasta ahora lo han tenido el espacio público y el trabajo monetarizado, la mujer ha de ocuparlos en pie de igualdad con el hombre. Pero, según Massó⁸ acaso sea un objetivo radicalmente más feminista y vindicativo pretender que aquel conjunto de actividades y asunciones practicadas por la mujer sea considerado del mismo prestigio y relevancia que el asumido tradicionalmente por el hombre. No con el fin de que la mujer se dedique en exclusiva a su práctica, sino como suma y reconocimiento de dignidad. Desde esta perspectiva, la LM supone un objetivo feminista, ya que es buena para las mujeres en particular y para las culturas en general. De acuerdo con Smith¹¹⁴, en lugar de centrarse en las limitaciones de la LM para la mujer, el debate debería ser sobre las normas sociales e instituciones, a menudo construidas sobre un marco de diferencias biológicas, que sostienen las desigualdades de género ya que, como apunta Vanderlinden¹¹⁵ la igualdad o desigualdad de género que exista en el país puede estar relacionada con las tasas de LM.

1.10.4. ¿Por qué la LM contribuye a la igualdad de género?

La LM contribuye a la igualdad de género ya que proporciona poder a las mujeres¹¹⁶:

- Aumenta la autoestima de la mujer al incrementar su confianza en la habilidad que tiene para brindar la mejor alimentación a sus hijos.
- Durante el periodo lactante la mujer está recurrentemente inundada de prolactina, oxitocina y endorfinas (hormonas responsables del placer sexual)⁸.
- Reduce la dependencia de la mujer en la profesión médica y en la medicalización de la alimentación infantil.
- Confirma el poder de la mujer de controlar su propio cuerpo, retando así al modelo machista predominante.
- Enfrenta el punto de vista de las sociedades occidentales de que el pecho femenino es principalmente un objeto sexual que pertenece al hombre.
- La mujer que amamanta contribuye económicamente en la familia, ya que ahorra en la compra de sucedáneos de leche materna y en los utensilios necesarios para su preparación y administración.
- El ahorro también es a nivel colectivo, ya que la LM contribuye a disminuir el gasto sanitario.

Es por esto, que hay lactivistas altamente comprometidas con sus carreras profesionales o en puestos de responsabilidad, reclamando el derecho a que el Estado reconozca como un trabajo fundamental su labor de madres durante los primeros años. Se reclama prestigio social para el hecho mismo de lactar y la cobertura, por tanto, de un permiso de maternidad prolongado

durante el cual se respete el puesto de trabajo y haya remuneración. Las políticas de género de algunos países nórdicos avalan esta cuestión: Suecia, por ejemplo, presenta el número más alto a nivel internacional de mujeres en puestos de representación y uno de los permisos de maternidad más largos del mundo. En contrapartida, España tiene uno de los permisos de maternidad más breves y las cifras más bajas de mujeres en puestos de representación⁸.

1.11. LEGISLACIÓN RELATIVA AL EMBARAZO, LA LACTANCIA Y LA CONCILIACIÓN FAMILIAR

Actualmente el permiso por maternidad en España, recogido en el Estatuto de los Trabajadores¹¹⁷ y en la Ley del Estatuto básico del Empleado Público¹¹⁸ y la Ley del Estatuto del Trabajador Autónomo¹¹⁹ (normas que indican el mínimo aplicable en los distintos convenios colectivos), está establecido en 16 semanas, ampliables en dos semanas más por cada hijo a partir del segundo (las seis semanas que siguen inmediatamente al parto obligatoriamente ha de disfrutarlas la madre y el resto del tiempo puede optar por disfrutarlo el padre). El permiso de lactancia, al que las trabajadoras autónomas no tienen derecho, consiste en 1 hora de ausencia del trabajo que se podrá dividir en dos fracciones (dos medias horas) o bien la trabajadora puede optar por disfrutar este permiso como reducción de su jornada en media hora; o bien puede optar por acumularlo en jornadas completas (esta última opción cuando lo prevea el convenio colectivo o la empresa esté de acuerdo). Este permiso se puede disfrutar hasta que el o la menor cumpla 9 meses, salvo que el colectivo establezca mejoras. Teniendo en cuenta que, según las recomendaciones, la LM debería ser la forma de alimentación exclusiva del lactante hasta los 6 meses de edad (24 semanas), es lógico pensar que este permiso de lactancia es totalmente insuficiente.

En cuanto a la duración de la jornada laboral, la mujer tiene derecho a solicitar una reducción de jornada con la reducción proporcional de la retribución mensual. Así mismo, las trabajadoras tendrán derecho a un periodo de excedencia de duración no superior a tres años para atender al cuidado de cada hijo a contar desde la fecha de nacimiento. Durante el primer año, la mujer tendrá derecho a la reserva de su puesto de trabajo. Transcurrido dicho plazo, la reserva quedará referida a un puesto de trabajo del mismo grupo profesional o categoría equivalente.

Además de la legislación que protege los derechos de los trabajadores, también está la legislación en salud laboral, que debe proteger a la madre que amamanta de riesgos laborales que puedan interferir en la práctica del amamantamiento o poner en riesgo su salud y la de su bebé. La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales¹²⁰, en su artículo 26 recoge la protección a la maternidad, y el Instituto Nacional de la Seguridad Social elabora las Notas

Técnicas de Prevención (NTP) para que los técnicos en prevención puedan realizar las valoraciones de riesgos laborales en los puestos de trabajo. La NTP664 sobre LM y vuelta al trabajo¹²¹, especifica las obligaciones de la empresa respecto a la mujer trabajadora en periodo de lactancia, así como las medidas de apoyo a aplicar en la empresa para evitar que la madre abandone la lactancia natural al reanudar el trabajo (flexibilidad horaria, pausas para amamantar o extraerse la leche, lugares acondicionados para la extracción de la leche, y consejo individual por parte del personal sanitario de los Servicios de Prevención de riesgos laborales).

En Galicia está en vigor la Ley 2/2015, de 29 de abril, del empleo público de Galicia¹²² que establece un periodo retribuido de 18 semanas, las cuales se distribuirán a elección de la persona titular del derecho, siempre y cuando seis semanas sean inmediatamente posteriores al parto. La mujer puede hacer uso de este permiso a jornada completa o a tiempo parcial, cuando las necesidades del servicio lo permitan y en los términos que reglamentariamente se determinen.

A pesar de los avances en la legislación para la protección de la maternidad, ésta sigue siendo insuficiente para hacer efectivo el derecho de las mujeres a ser madres sin menoscabar su futuro laboral, y de poder elegir la forma de alimentación más saludable para sus hijos. Todo ello teniendo en cuenta que el permiso retribuido de 16 semanas es realmente escaso para amamantar a un bebé de forma exclusiva hasta los seis meses tal y como se recomienda desde los organismos internacionales, y en comparación con otros países de nuestro entorno. En relación a los países europeos, España con 112 días para la madre y 28 días para el padre, se sitúa en el octavo lugar. A la cola quedan países como Turquía, Suiza (ambos con 112 días para la madre y 3 para el padre), Letonia (112 días para la madre, 10 para el padre), Chipre (sólo 112 días para la madre), Bélgica (105 días la madre y 10 el padre), Eslovenia (84 días para la madre y 11 para el padre) y Liechtenstein (sólo 56 días para la madre). Entre los países con un periodo de permiso retribuido por maternidad más largo se encuentran Suecia (con 480 días compartidos entre padre y madre percibiendo el 80% del salario hasta los 390 días) y Noruega (con 392 días al 80% o 322 días con el 100%)⁹⁵. De hecho, Noruega tiene una prevalencia de LME de 90% al mes de vida del lactante¹²³.

Las condiciones citadas en el párrafo anterior son aplicables en el caso de mujeres con un contrato estable de trabajo o bien que estén en situación de desempleo con derecho a prestación, dato a tener en cuenta ya que durante el periodo de recogida de datos la tasa de desempleo femenina ha oscilado entre un 24% y un 25%¹²⁴.

1.12. FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LM

Diversos estudios ponen de manifiesto los factores que influyen en la alimentación infantil¹²⁵⁻¹³⁴. Conocer y tener en cuenta estos factores es un aspecto clave para la promoción de la LM, para apoyar a las madres que desean lactar y para comprender las motivaciones de aquellas que deciden no hacerlo. En la tabla 1.8 se presenta una síntesis de los principales factores relacionados positiva y negativamente con el inicio y la duración de la LM. La respuesta de las madres ante estos factores podría venir dada por su actitud e intenciones acerca de la LM, algo que se ha venido formando durante la gestación e incluso antes^{127,128}.

1.12.1. A nivel individual

El nivel individual engloba aquellos factores relacionados con la díada madre-hijo. Se incluyen en este apartado las características sociodemográficas; las circunstancias perinatales y aquellos aspectos relacionados con las decisiones maternas y la experiencia vivida en relación a la LM.

Existe suficiente evidencia para afirmar que determinadas características sociodemográficas influyen en la duración de la LM. La edad (ser menor de 20 o mayor de 35 años se relaciona con menor duración de la LM), el estado civil y el nivel educativo y económico alto contribuyen al mantenimiento de una LM más prolongada^{125,126,131}. El estado civil (casado), la paridad, el lugar de residencia (rural o urbano) y el tipo de familia en la que se convive son variables que parecen influir pero los resultados son inconsistentes¹³¹. A pesar de que estos factores no son modificables, conocerlos permite a las matronas centrar la educación en aquellas personas menos favorecidas (mujeres muy jóvenes, madres solteras, con pocos recursos...)¹²⁵.

Algunas circunstancias perinatales, que rodean al parto y al posparto están relacionadas con el inicio y duración de la LM. Si bien es cierto, la mayoría de los autores están de acuerdo en que, una vez establecida, estas características no tienen un efecto determinante en la duración de la LM¹²⁵. El parto por cesárea^{125,131}, el cansancio materno tras partos muy largos, la prematuridad y el bajo peso al nacer son algunos ejemplos¹²⁶.

Los problemas como: dolor del pezón, mastitis, experiencias negativas con la LM que provocan una mala experiencia materna y la percepción insuficiente de leche, son causas de abandono precoz de la LM^{125,131}. La percepción de leche insuficiente es un ejemplo de un factor biológico con un fuerte componente psicológico ya que esa percepción es mucho más frecuente que el problema real (que supone un 5% de los casos aproximadamente). Las causas suelen ser la escasa ganancia de peso del bebé, las tomas muy frecuentes y los bebés intranquilos¹²⁵. En

definitiva, una madre con buena autoestima, es menos probable que tenga una percepción de leche insuficiente y que logre superar las dificultades que le sobrevengan¹³². Estos aspectos sí son susceptibles de una intervención educativa, por lo que deben tenerse en cuenta¹²⁵.

Otros factores psicosociales susceptibles de beneficiarse de una intervención prenatal son la intención materna de alimentación del bebé y la actitud que presenta hacia la LM. Varios estudios demuestran la fuerte relación entre la intención de alimentación que la mujer tiene durante la etapa prenatal y el método con el que finalmente alimenta a su bebé. De manera que la intención de amamantar está fuertemente relacionada al inicio y duración de la LM^{125,127,128}. Por otro lado, la intención de la mujer se ve muy influenciada por su actitud hacia la LM y también por la actitud de las personas que la rodean y de su experiencia con la LM¹³³.

1.12.2. A nivel de relaciones y comunitario

El nivel de relaciones y comunitario incluye factores del ambiente externo de la mujer, como son: los servicios de salud y sus características, los profesionales de la salud, la familia y los amigos y el lugar de trabajo materno. La actitud y prácticas de las madres hacia la LM están fuertemente influenciadas por su red social¹²⁵.

En cuanto al entorno familiar, la actitud de la mujer está muy relacionada con la actitud de su pareja hacia la LM¹²⁹. Las abuelas tienen la capacidad de influir negativa o positivamente en la lactancia de sus hijas. Cuando las abuelas tienen experiencia amamantando o una buena actitud hacia la LM, la posibilidad de éxito de la LME de sus hijas aumenta¹³⁴.

Las prácticas hospitalarias que favorecen el contacto piel con piel, el alojamiento conjunto (*rooming in*), el inicio temprano de la LM están relacionadas con un aumento del inicio y duración de la LM¹²⁵. Las mujeres que reciben apoyo continuo durante el parto tienen más posibilidades de amamantar a sus bebés los dos primeros meses¹²⁵. Por el contrario, la administración de sueros glucosados o biberones en las primeras 24 horas de vida, la entrega gratuita de muestras comerciales de leche de fórmula así como determinadas rutinas hospitalarias, generalmente más frecuentes en hospitales grandes, dificultan la alimentación con LM. Así, según Hernández¹³⁵, el hospital que la madre elija para que nazca su hijo puede triplicar la probabilidad de que éste sea alimentado con sucedáneos de leche materna, independientemente de otros factores de riesgo dependientes de la madre o el RN.

En relación a la falta de habilidades o conocimientos de los profesionales o la falta de recursos de apoyo a las mujeres destacan: recomendaciones inapropiadas de abandonar la LM o

suplementar con leche de fórmula, la información contradictoria, la falta de apoyo profesional y de un seguimiento posparto con visitas domiciliarias establecidas¹³⁰.

El trabajo remunerado es citado generalmente como una causa de abandono de la LM, motivado por la escasez de lugares adaptados para amamantar en el trabajo y una baja maternal insuficiente^{131,136}, si bien es cierto que la decisión de iniciar o no la alimentación con LM no está asociada a la intención de incorporarse al trabajo tras el permiso de maternidad¹³⁰.

1.12.3. A nivel social y cultural

Como ya hemos dicho, la LM no es un comportamiento instintivo sino que depende del entorno social y cultural. Este nivel se refiere a los factores relacionados con la estructura de la sociedad, que influirán en la aceptabilidad y expectativas sobre la LM.

Las diferencias en la exclusividad y duración de la LM dependen, en gran medida de los conocimientos de la mujer y de las creencias culturales¹³⁰. En ese sentido, la cultura del biberón predominante en los países industrializados⁹, que identifican la LA como la norma; la falta de aprobación de la LM en público¹³⁷ y las falsas creencias en relación a la LM que, a pesar de no tener ninguna base científica, se encuentran fuertemente arraigadas en el pensamiento colectivo¹³⁶. Martín-Calama¹³⁸ realiza un recorrido por los principales mitos, que son sintetizados por Sebastián⁹⁵ (ver tabla 1.9).

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LM			
		FACTORES FAVORECEDORES	FACTORES NO FAVORECEDORES
NIVEL INDIVIDUAL	Características sociodemográficas	Mayor edad materna Multiparidad Estar casado o en convivencia	Madres jóvenes o mayores de 35 años No estar casado o en convivencia Bajo nivel de ingresos y/o educativo Primiparidad
	Circunstancias perinatales	Parto eutócico	Bajo peso al nacer Prematuridad Cesárea o partos largos Enfermedad materna o neonatal
	Dificultades	No existen	Percepción de poca producción de leche Menor satisfacción de la mujer con la LM Dificultades técnicas (grietas, dolor, mastitis...) Mala interpretación del llanto infantil
	Factores psicosociales	Decisión materna y confianza Intención previa de amamantar Actitud positiva hacia la LM	Intención materna de amamantar poco tiempo Decisión tardía de amamantar Actitud negativa hacia la LM Baja percepción de autoeficacia para la LM
NIVEL DE RELACIONES Y COMUNITARIO	Prácticas hospitalarias	<i>Rooming in</i> y colecho Contacto precoz piel con piel Hospital pequeño Apoyo continuo durante el parto	Administración de suero glucosado o biberones en las primeras 24h Entrega de muestras gratuitas de leches comerciales Hospital grande Alojamiento del RN en nido
	Profesionales sanitarios	Control del embarazo en centro de salud	Falta de control del embarazo en centro de salud Escasez de conocimientos por parte de profesionales Inadecuados consejos profesionales
	Entorno familiar	Apoyo familiar para la LM Madres y hermanas que hayan amamantado	Deseo del padre de alimentar al bebé
	Entorno laboral	Mayor duración de la baja maternal	Actitud negativa hacia la madre lactante Baja maternal insuficiente Trabajo materno remunerado Falta de ambientes adecuados para la extracción de leche
NIVEL SOCIAL Y CULTURAL	Conocimientos	Asistencia a clases de EM	No asistencia a clases de EM
	Creencias culturales	Concepto de "buena madre"	Cultura del biberón Desaprobación de la lactancia en público Estilos de vida incompatibles con la LM Mitos

Tabla 1.8: Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna. Fuente: elaboración propia a partir de Hernández¹⁴⁶ y Oliver¹³⁰. Abreviaturas: EM: educación maternal; h: horas; LM: lactancia materna.

CREENCIAS POPULARES SOBRE LA LM	VALORACIÓN SEGÚN LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS DISPONIBLES
Algunas madres producen leche de baja calidad que impide que el niño engorde bien.	No se encuentran importantes diferencias en la composición de la leche entre mujeres y la calidad suele ser buena.
Es habitual que las hijas de madres que no pudieron amamantar, por no tener suficiente leche, tengan el mismo problema cuando son madres.	En las mujeres sanas sin trastornos hormonales ni enfermedades conocidas no se conoce ninguna causa orgánica de hipogalactia, y mucho menos hereditaria.
Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir suficiente leche.	Las diferencias en el tamaño de las mamas se deben principalmente a la cantidad de grasa y no al tejido glandular, por lo que no se relaciona el tamaño con la producción.
Es normal que dar el pecho sea doloroso.	La sensibilidad en los pezones en los primeros días puede llegar a ocasionar dolor, pero fuera de estos días, y aún en ellos, el dolor puede ser signo de una mala colocación del bebé.
Sentir lo pechos blandos es una señal de poca producción. Hay que esperar a sentir el pecho lleno para amamantar.	Pasados los primeros días de inicio en la LM, disminuye la congestión de la mama, pero se fabrica mayor cantidad de leche. Si la lactancia es frecuente y a demanda, puede que la madre no note la sensación de pecho lleno, sin que ello indique menor producción de leche.
La lactancia prolongada más allá de los doce meses del niño carece de valor, ya que la calidad de la leche materna apenas aporta nada al niño.	La composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño. Aun cuando el niño toma otros alimentos la leche materna sigue siendo una fuente importante de nutrientes y aporta componentes que no existen en otros tipos de leche.
Dar el pecho dificulta la pérdida de peso e impide hacer dietas para adelgazar.	Al contrario, las madres que amamantan, reducen el peso de forma natural puesto que el gasto energético aumenta. Tampoco hay inconveniente en hacer dietas de adelgazamiento siempre que sean dietas saludables y equilibradas.
La LM prolongada es la responsable de la deformidad de los pechos.	En el aspecto del pecho influye sobre todo la edad, factores genéticos y la cantidad de grasa corporal. La mayor deformación se produce por el embarazo y los primeros días postparto. La duración de la lactancia influye menos en el aspecto de las mamas.
La lactancia es un obstáculo para que los hijos establezcan vínculos con el padre.	Hay muchas formas de establecer vínculos afectivos estrechos con el bebé, como tenerlo en brazos, bañarlo, jugar con él, etc.

Tabla 1.9: Mitos y creencias populares sobre la lactancia materna. Fuente: Elaboración propia Sebastian⁹⁵. Abreviaturas: LM: lactancia materna.

1.13. JUSTIFICACIÓN

La revisión de la literatura ha dibujado el contexto, alcance y resultados de la investigación realizada hasta el momento acerca de la situación de la alimentación del RN.

La evidencia existente avala a la LME como el método idóneo para la alimentación del RN, sin embargo, los datos de los estudios revisados nos informan de que las cifras de RN cuya alimentación es la LME no se corresponden con las recomendaciones de los organismos internacionales y nacionales, y además la satisfacción de las madres con respecto a sus expectativas no es la esperada.

Se identifica por lo tanto un problema que proponemos sea investigado desde la complejidad.

En nuestro contexto sanitario, se hace necesario dar respuesta a las preguntas, ¿qué elementos influyen en la toma de decisión y en la experiencia vivida por las madres respecto a la alimentación del RN? y ¿cuáles son los elementos centrales, desde un planteamiento participativo y no conformista, de una agenda transformadora que busca el cambio y la mejora?

Capítulo 2. Objetivos.

2.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1.1. OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar los elementos que influyen en la toma de decisión y en la experiencia vivida por las madres de la XXIF respecto a la alimentación del RN.

2.1.2. OBJETIVOS DE LA FASE CUANTITATIVA

-Describir el desarrollo y validación de la adaptación cultural y semántica de la versión en castellano y gallego de la IIFAS (*Iowa Infant Feeding Attitude Scale*)¹³⁹.

-Determinar las actitudes de las gestantes hacia la LM a través de la IIFAS.

-Describir el desarrollo de la adaptación cultural y semántica de la versión en gallego del cuestionario de conocimientos básicos sobre LM validado por Ferro Sosa¹⁴⁰.

-Precisar los conocimientos de las gestantes sobre LM a través de dicho cuestionario de conocimientos básicos.

-Determinar la prevalencia de LME a las 6 y 16 semanas y a los 6 meses posparto.

-Conocer la intención de alimentación del RN que tienen las mujeres en el tercer trimestre de gestación.

-Estudiar los factores que puedan influir en los conocimientos de las madres sobre LM; en su actitud hacia la LM; en su intención de alimentación futura y en la decisión de alimentación del RN.

-Analizar la relación entre los conocimientos y actitudes e intención y la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) a las 6 y 16 semanas y a los 6 meses posparto.

2.1.3. OBJETIVOS DE LA FASE CUALITATIVA

-Describir la experiencia de las madres a través de los significados que confieren a su vivencia en los momentos de decisión, instauración y posterior mantenimiento de la LM.

-Identificar los elementos significados como facilitadores de la LM según la experiencia de las madres.

-Identificar los elementos significados como obstáculos de la LM según la experiencia de las madres.

- Interpretar el fenómeno de la lactancia materna desde la perspectiva de la complejidad.

2.2. POSICIÓN DE LA INVESTIGADORA

En el momento en que se plantea este estudio, me encuentro cursando el 2º año de residencia de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica en la XXIF.

A lo largo de mi formación estoy en contacto con mujeres durante todo su proceso maternal. Desde el principio de la gestación (incluida la visita preconcepcional), el control de la gestación de bajo y alto riesgo (seguimiento realizado por la matrona y el ginecólogo respectivamente), el parto (a nivel hospitalario) y el posparto (tanto a nivel hospitalario las 48 primeras horas como en AP durante las primeras semanas).

Durante el tiempo de residente pude evidenciar diversas situaciones en relación a la mujer y su decisión de cómo alimentar al bebé, que consideraba que eran susceptibles de una intervención, en ocasiones, inexistente. Entre estas situaciones se encontraban madres que deseaban amamantar a sus bebés pero se encontraban con diversas dificultades durante su estancia hospitalaria (agarre inadecuado del RN, cansancio, dolor (que dificulta la adquisición de una postura adecuada), exceso de acompañantes en la habitación...; matronas y enfermeras del servicio de obstetricia sin los recursos necesarios para ayudarlas (falta de tiempo en unas ocasiones, conocimientos escasos y una actitud poco favorecedora de la LM, en otras...); mujeres que parecían sentirse avergonzadas por decidir dar LA a sus bebés; determinadas prácticas llevadas a cabo en el hospital no basadas en la evidencia científica y que no apoyaban la LM (entrega de cajas promocionales con tetinas y biberones, administración de suplementos de leche de fórmula sin prescripción médica, separación innecesaria de madre y RN...).

Todo esto era visto por los ojos de una enfermera residente, convencida de los beneficios que la LM proporciona tanto a la madre, a su bebé y a la sociedad y cuya formación reafirmaba su posición y su preocupación por que las cifras de LM se viesan aumentadas, como así lo recomendaba la evidencia científica. Este interés provocaba, por qué no decirlo, que se centrara más en el “problema” que parecía haber que en los protagonistas (en este caso las mujeres, objeto e interés principal del trabajo de la matrona).

Lo anteriormente expuesto hizo que deseara conocer cuál era la situación real que vivían esas mujeres con el fin de poder ayudarlas en el proceso de alimentación infantil y, como no, aumentar la prevalencia de LM en la XXIF.

Una vez inmersa en la recogida de datos, en contacto con las participantes, esa posición de la que partía se vio flexibilizada al percatarme de que el proceso de alimentación infantil estaba lejos de ser una experiencia fácil para las mujeres. Al contrario, y como se verá más adelante en el apartado de resultados y discusión, está llena de contradicciones, influencias, mitos, presiones y carencias de apoyo que provocan en muchos casos, que la mujer viva una experiencia poco satisfactoria, sea cual sea su elección.

Ésta es mi posición como investigadora. La de una residente de matrona que evidencia en su práctica diaria la necesidad de conocer la realidad de la LM.

Capítulo 3. Material y método.

3.1. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1.1. ENCUADRE METODOLÓGICO Y CONTEXTUAL

La investigación en salud que se presenta en esta tesis se ha realizado como un Estudio Mix-Method Transformativo^{141,142} con una estructura secuencial cuantitativa-cualitativa. Este tipo de estudio incluye el avance del problema (Capítulo 1) y continúa con una estructura secuencial en función de la metodología del estudio (Capítulo 3.3.2 y Capítulo 3.3.3).

En la discusión (Capítulo 5) y las conclusiones (capítulo 6) se construye y presenta la complementariedad entre los resultados cuantitativos y cualitativos (Capítulo 4).

Al tratarse de un estudio transformativo, se finaliza esta investigación con una propuesta de agenda para cambiar o reformar los aspectos que se han desarrollado como resultados de investigación (Capítulo 4).

La metodología se ha organizado en 2 fases, cuantitativa y cualitativa, según los procedimientos de recolección y análisis de datos.

La investigación se ha llevado a cabo entre los meses de junio de 2014 y febrero de 2016 en la XXIF, una de las 13 Áreas de salud de Galicia.

La XXIF está formada por 22 Centros de Salud, 13 Consultorios y el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF). No todos los centros cuentan con un profesional especialista en enfermería obstétrico-ginecológica, sin embargo todas las mujeres son derivadas y pueden acudir si lo desean a un centro donde tenga consulta este profesional según la distribución que se muestra en la tabla 3.1. Por el contrario, otros centros, que abarcan gran cantidad de población, cuentan con más de una matrona (tabla 3.1). En total, 13 matronas se encargan del control del embarazo de bajo riesgo en la XXIF.

A continuación se describe la metodología desarrollada en cada una de las fases del estudio.

CENTRO DE SALUD	CONSULTA DE MATRONA	MATRONA
Centro de Salud de Fontenla Maristany	Centro de Salud de Fontenla Maristany	Matrona 1 ³ , 2 ³ y 3 ³
Centro de Salud de Caranza		
Centro de Salud de Serantes		
Centro de Salud de Narón	Centro de Salud de Narón	Matrona 4 ³ y 5 ³
Centro de Salud de Cariño	Centro de Salud de Cariño	Matrona 6 ³
Centro de Salud de Ortigueira	Centro de Salud de Ortigueira	
Centro de Salud de Mañón		
Centro de Salud de Cedeira	Centro de Salud de Cedeira	Matrona 7
Centro de Salud de Valdoviño	Centro de Salud de Valdoviño	
Centro de Salud de Cerdido ¹	Centro de Salud de Cedeira o Valdoviño	
Centro de Salud de As Somozas ¹	Centro de Salud de San Sadurniño	
Centro de Salud de Moeche ¹		
Centro de Salud de San Sadurniño		
Centro de Salud de Pontedeume	Centro de Salud de Pontedeume	Matrona 8
Centro de Salud de Cabanas	Centro de Salud de Cabanas	
Centro de Salud de Monfero ¹		
Centro de Salud de Fene	Centro de Salud de Fene	Matrona 9 ³
Centro de Salud de Mugardos	Centro de Salud de Mugardos	Matrona 10
Centro de Salud de A Capela	Centro de Salud de A Capela	
Centro de Salud de Ares	Centro de Salud de Ares	Matrona 11
Centro de Salud As Pontes de García Rodríguez	Centro de Salud As Pontes de García Rodríguez	Matrona 12 ³
Centro de Salud de Neda ²	Centro de Salud de Neda	Matrona 13

Tabla 3.1: Distribución de matronas en los centros de Salud de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. ¹Centros de salud en los que no hay matrona. Las mujeres se desplazan a los centros indicados en la columna "consulta de matrona" correspondiente. ²Centros donde la matrona no imparte clases de educación maternal. Las mujeres pueden solicitar (de forma no oficial) acudir a clases a otro centro. Generalmente estas mujeres acuden a Narón. ³Matronas colaboradoras en el estudio.

3.1.2. FASE CUANTITATIVA: Estudio descriptivo prospectivo

A continuación se recoge la estructura metodológica secuencial del estudio ligándola a los objetivos de investigación (ver capítulo 2).

3.1.2.1. Muestra

La muestra del estudio está formada por 297 mujeres embarazadas que acudieron a clases de EM desde junio de 2014 hasta julio de 2015 (periodo de recogida de datos) (Anexo 1).

3.1.2.2. Tamaño muestral

El tamaño muestral se ha calculado en base al promedio de embarazos en los 5 años previos al inicio del estudio en la XXIF, que ha sido de 1175 partos/año, según datos de la memoria interna de la unidad de Obstetricia (tabla 3.2).

AÑO	Nº PARTOS
2013	1020
2012	1168
2011	1209
2010	1234
2009	1247

Tabla 3.2: Número de partos/año en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol desde 2009 hasta 2013.

Teniendo en cuenta que la población a estudiar es finita, el tamaño muestral se ha obtenido a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

donde:

- N= total de la población.
- Zα= valor de Z correspondiente al riesgo α fijado.
- p= proporción esperada.
- q=1-p.
- d= precisión con la que se desea estimar el parámetro.

Con el fin de compensar las posibles pérdidas de participantes (pérdida de información, abandono, no respuesta...), se ha incrementado el tamaño muestral respecto a dichas pérdidas en base a la siguiente fórmula:

donde:

$$N=n*(1/1-R)$$

n= Número de sujetos sin pérdidas.

R= Proporción esperada de pérdidas.

Por tanto, a partir de estos datos, para conseguir una significancia estadística del 95%, con una precisión del 3%, una proporción esperada del 5% y esperando un posible 15% de pérdidas, el tamaño muestral del estudio se ha establecido en **204 mujeres**.

3.1.2.3. Selección de la muestra

Criterios de inclusión:

Se establecieron como criterios de inclusión los siguientes:

- Mujeres embarazadas, en el tercer trimestre de gestación, que acudieron a las clases de EM con la matrona en alguno de los escenarios citados (tabla 3.1) durante el período de permanencia en el campo.
- Mujeres que eran capaces de leer y escribir castellano y/o gallego y que entendieran las instrucciones del estudio.
- Mujeres que aceptaran participar en el estudio voluntariamente y firmaran el correspondiente consentimiento informado.
- Mujeres que tuvieran la mayoría de edad cumplida (18 años).
- Mujeres que tuvieran un embarazo de un feto único.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron, excepto para el análisis descriptivo, los siguientes casos:

- Mujeres cuya gestación hubiera terminado en óbito fetal.
- Mujeres con las que hubiera sido imposible contactar a las 6 y 16 semanas y/o a los 6 meses posparto.
- Mujeres que hubieran tenido partos prematuros o que tuvieran algún problema médico que contraindicara o que dificultara seriamente la LM (incluidos problemas del RN como test de Apgar menor de 6 a los 5 minutos de vida, sepsis neonatal, labio leporino, paladar hendido o síndrome de Down).

3.1.2.4. Herramientas de recogida de datos

En la fase cuantitativa se han usado 4 herramientas. Cada una de ellas elaborada en castellano y gallego para que la mujer escogiera el idioma en que deseara cubrirla.

- **“Iowa Infant Feeding Attitude Scale” (IIFAS)¹³⁹**

Cuestionario elaborado por De la Mora et al.¹³⁹ para evaluar las actitudes maternas acerca del método de alimentación infantil (Anexo 2).

Este cuestionario consta de 17 ítems que se puntúan mediante una escala Likert, de 1 a 5, donde “1” corresponde a “totalmente desacuerdo” y “5” corresponde a “totalmente de acuerdo”. Ocho de los ítems están redactados de manera favorable hacia la LM (1, 2, 4, 6, 8, 10, 11 y 14), mientras que los nueve restantes son favorables para la alimentación con fórmula (3, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 16 y 17). Estos últimos son puntuados de manera inversa (1=5, 2=4, 3=3, 4=2 y 5=1). La guía para la interpretación de resultados que proponen De La Mora et al.¹³⁹ es la siguiente:

81-85= actitud muy positiva hacia la LM

70-80= actitud positiva hacia la LM

49-69= actitud neutral

38-48= actitud positiva hacia la LA

17-37= actitud muy positiva hacia la LA

En el presente trabajo, para el análisis de los datos, las puntuaciones totales de la IIFAS han sido agrupadas en las tres categorías siguientes: 1. actitud positiva hacia la LM (70-85), 2. actitud neutral (49-69) y 3. actitud positiva hacia la LA (17-48)¹⁴³.

Tras contactar con los autores se obtuvo su aprobación para hacer una traducción validada de dicho cuestionario a castellano [IIFAS-S (Anexo 3)] y gallego [IIFAS-G (Anexo 4)].

El proceso de adaptación transcultural de la escala IIFAS en castellano (IIFAS-S) y gallego (IIFAS-G) siguió los pasos descritos por Beaton et al.¹⁴⁴ Se utilizó el método desarrollado por Sperber et al.¹⁴⁵ para establecer la equivalencia semántica de la IIFAS-S y la IIFAS-G y validar el instrumento traducido. Cada ítem en la versión original y en la versiones traducidas por segunda vez al inglés fueron puntuados en términos de comparabilidad del idioma y similitud de interpretabilidad por dos evaluadores con un nivel avanzado de inglés mediante una escala

Likert que iba desde 1 (extremadamente comparable/extremadamente similar) a 7 (no del todo comparable/no del todo similar). Cualquier valor superior a 3 requeriría una revisión formal de la traducción. Tras algunos cambios mínimos, las traducciones en castellano y gallego fueron consideradas equivalentes a la versión original (Tabla 3.3). Se realizó una prueba piloto con el fin de estimar el tiempo de cumplimentación de la escala, la adecuación de la redacción, dificultades en la comprensión y si los ítems se adecuaban a las variables que se pretendía analizar. En el estudio piloto participaron 18 mujeres en el caso de la IIFAS-G y 4, en la IIFAS-S. Así mismo no se detectó ningún problema de comprensión por parte de los participantes, por lo que no se cambió ningún ítem.

Después de la traducción y adaptación, se realizó el correspondiente análisis estadístico para evaluar las propiedades psicométricas de las escalas traducidas, prestando especial hincapié en su validez clínica, es decir, su capacidad para evaluar aquello para lo que fueron diseñadas¹⁴⁴. Asimismo, los datos recogidos durante los periodos prenatal y posparto fueron analizados para determinar la fiabilidad y validez de las IIFAS con respecto a su intención de amamantar y tiempo que amamantan. A los participantes se les preguntó mediante el cuestionario (periodo prenatal) y telefónicamente (periodo postparto), “¿Cómo alimentarás a tu bebé?” o “¿Cómo has alimentado a tu bebé?”, respectivamente. Las respuesta posibles fueron “he decidido dar LME” y “he optado por LA (mixta o exclusiva)”. De cara al análisis, cuando la respuesta durante el periodo prenatal fue “no lo he decidido” fue computada como “no intención de amamantar”. Estas variables fueron variables dependientes empleadas para la validación de la IIFAS¹⁴⁶.

- **Cuestionario de conocimientos básicos acerca de LM**

El cuestionario de conocimientos básicos acerca de LM ha sido elaborado y validado por Ferro¹⁴⁰ sometiéndolo a juicio de expertos conformado por siete profesionales de la salud y realizando, además, una prueba piloto. Este cuestionario obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,72, lo cual indica un resultado fiable¹⁴⁷. El cuestionario original consta de un total de 22 preguntas agrupadas de la siguiente manera: 5 preguntas sobre datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios, paridad y ocupación); 1 pregunta de respuesta cerrada (Sí/No), sobre si la mujer sabe lo que es amamantar; 14 preguntas sobre conocimientos básicos de LM; 1 pregunta acerca de quién fue su fuente de información sobre LM y una última pregunta sobre la razón principal por la que le daría el pecho a su futuro hijo (Anexo 5).

IIFAS-S ítems	IIFAS-G ítems
1. Los beneficios nutricionales de la leche materna únicamente se mantienen hasta que el bebé es destetado.	1. Os beneficios nutricionais do leite materno mantéñense únicamente ata que o bebé é destetado.
2. La lactancia artificial es más conveniente que la lactancia materna.	2. A lactación artificial é mais axeitada que a lactación materna.
3. El amamantamiento aumenta el vínculo afectivo entre madre e hijo.	3. A lactación materna incrementa o vínculo afectivo entre nai e fillo.
4. La leche materna carece de hierro.	4. O leite materno é deficitario en ferro.
5. Los bebés que se alimentan con leche artificial son más propensos a estar sobrealimentados que los alimentados con leche materna.	5. Os bebés que se alimentan con leite artificial son máis propensos a estar sobrealimentados que aqueles alimentados con leite materno.
6. La lactancia artificial es la mejor elección si la madre planea trabajar fuera de casa.	6. A lactación artificial é a mellor elección se a nai ten pensado traballar fóra da casa.
7. Las madres que alimentan a sus bebés con leche artificial se pierden uno de los grandes placeres de la maternidad.	7. As nais que alimentan ó seu bebé con lactación artificial pérdense un dos maiores praceres da maternidade.
8. Las madres no deberían amamantar en sitios públicos, como restaurantes.	8. As mulleres non deberían aleitar en sitios públicos, como restaurantes.
9. Los bebés que se alimentan con leche materna son más sanos que los bebés que se alimentan con leche artificial.	9. Os bebés alimentados con lactación materna son máis sans que aqueles alimentados con lactación artificial.
10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a estar sobrealimentados que los alimentados con leche artificial.	10. Os bebés alimentados con leite materno son máis propensos a estar sobrealimentados que aqueles alimentados con lactación artificial.
11. Los padres se sienten excluidos si la madre amamanta.	11. Os pais séntense excluídos se a nai aleita.
12. La leche materna es la alimentación ideal para los bebés.	12. O leite materno é o alimento ideal para os bebés.
13. La leche materna se digiere más fácilmente que la leche artificial.	13. O leite materno é máis fácil de dixerir que o leite artificial.
14. La leche artificial es tan saludable para el niño como la leche materna.	14. O leite artificial é tan saudable para os nenos coma o leite materno.
15. La lactancia materna es más conveniente que la lactancia artificial.	15. A lactación materna é máis axeitada que a lactación artificial.
16. La leche materna es menos cara que la leche artificial.	16. O leite materno é menos caro que o leite artificial.
17. Una madre que bebe alcohol ocasionalmente no debería amamantar a su bebé.	17. Unha nai que beba alcol ocasionalmente non debería aleitar ó seu bebé.

Tabla 3.3: Traducción de la IIFAS a castellano (IIFAS-S) y gallego (IIFAS-G).

Para realizar la adaptación transcultural del cuestionario de conocimientos básicos sobre LM en gallego (Conocimientos-G) se procedió de la misma forma que se hizo en relación a la IIFAS (página 61).

Con el fin de adaptar el cuestionario a los objetivos del presente estudio, se modificó de forma no sustancial, de la siguiente manera:

○ Las preguntas relativas a los datos sociodemográficos fueron incluidas en una hoja a parte en la que, además de las variables citadas anteriormente, se añadieron otras como se puede observar en el siguiente punto (hoja de datos sociodemográficos).

○ Se prescindió, únicamente para el cálculo de la calificación del nivel de conocimientos, de las preguntas 6, 17 y 22, por considerar que no eran preguntas que valorasen los conocimientos en sí mismos:

- Pregunta 6: ¿Sabe usted qué es amamantar?
- Si () no ()

▪ Pregunta 17: ¿Puede usted decirme la razón principal por la que le daría leche materna a su bebé?

- Ahorro dinero
- Por darle nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas
- Tengo más tiempo para pasar en compañía de mi bebé

▪ Pregunta 22: ¿De quién obtuvo usted información sobre lactancia materna?

- Personal sanitario
- Familiares
- Amigos
- Otros

○ Se eliminó la pregunta 11 por considerarla ambigua ya que en el enunciado no se especifica si se trata de un RN normal o de bajo peso, de cuántos días o semanas de vida...

▪ Pregunta 11: Si su bebé duerme durante más de dos horas ¿Qué haría usted?

- Lo dejo que siga durmiendo
- Lo despierto y le doy el biberón
- Lo despierto y le doy el pecho
- Sólo lo despierto

○ Se modificó la pregunta 8:

- Pregunta 8: ¿Hasta qué edad se le debe dar el pecho al bebé?
 - Hasta los 2 años
 - Hasta los 6 meses
 - Hasta los 12 meses

De la siguiente manera, para evitar la ambigüedad que presentaba, ya que no existe edad límite recomendada para dar el pecho a un bebé, pero sí para hacerlo de forma exclusiva:

- Pregunta 8: ¿Hasta qué edad se le debe dar el pecho al bebé de forma exclusiva?
 - Hasta los 2 años
 - Hasta los 6 meses
 - Hasta los 12 meses
- Se modificó la pregunta 15, ya que la “panetela” no es una sustancia conocida en nuestro ámbito. Se substituyó por la palabra “infusiones”.
 - Pregunta 15: Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea:
 - Le suspendería la lactancia materna
 - Le daría infusiones
 - Le daría lactancia materna más suero oral
 - Le daría el pecho con mayor frecuencia

El cuestionario utilizado se presenta en el Anexo 6 (Cuestionario en castellano (Cuestionario-C) y Anexo 7 (Cuestionario-G).

Para la calificación del nivel de conocimiento de LM se evaluaron cada una de las preguntas del cuestionario, y, en función del número de aciertos, se clasificó cada cuestionario de la siguiente manera:

- Nivel de conocimientos malo: puntuación menor de 9,5
- Nivel de conocimientos regular: puntuación entre 9,5 y 11,5.
- Nivel de conocimientos bueno: puntuación mayor de 11,5.

Los puntos de corte se obtuvieron según la escala de Staninos¹⁴⁸, de la siguiente manera:

- $a = x - 0,75 * D.E$
- $b = x + 0,75 * D.E$

donde x: media aritmética y D.E= desviación estándar.

Al reemplazar:

- $a = 10,65 - (0,75 \times 1,36) = 9,63$ (9,5)
- $b = 10,65 + (0,75 \times 1,36) = 11,67$ (11,5)

- **Hoja de datos sociodemográficos:** formada por 10 preguntas que hacían alusión a la edad (de 18 a 34 y mayor o igual a 35), estado civil (casada, en convivencia o soltera), nivel de estudios (secundaria o inferior, formación profesional y universitario y/o doctor), paridad (primípara o múltipara), ocupación (empleada, autónoma, estudiante y ama de casa), nacionalidad (española y otra) y centro de salud donde habían controlado su embarazo (Ferrol, Narón, Fene, Ortigueira, As Pontes de García Rodríguez, Valdoviño o San Sadurniño). También se preguntó por la posible experiencia previa en LM (en caso de multiparidad) y cómo tenían pensado alimentar a su futuro bebé (con LME, LA o lactancia mixta [L mixta]) (Anexo 8 [gallego] y 9 [castellano]). La variable “ocupación” se agrupó, excepto para la descripción de la muestra en: ama de casa, estudiante y trabajo remunerado (autónoma y empleada); la variable “centro de salud” se agrupó, excepto para la descripción de la muestra, en: Ferrol, Narón y otros (Fene, Ortigueira, As Pontes de García e Rodríguez, Valdoviño y San Sadurniño); y las variables “experiencia previa en LM” e “intención de alimentación futura” se agruparon, excepto para la descripción de la muestra en: LM y LA/L mixta.

- **Hoja de registro del tipo de alimentación que recibe el RN a las 6 y 16 semanas y a los 6 meses posparto,** tal y como se muestra en la tabla 3.4. Las variables utilizadas son las siguientes:

- **LME:** El lactante recibe solamente leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). No ingiere ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. Puede recibir, también, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas) o sales de rehidratación oral (SRO).

- **LA:** El lactante recibe leche artificial únicamente o junto con otros alimentos sólidos o semisólidos.

- **L mixta:** El lactante recibe leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). Puede ingerir cualquier comida o líquido incluyendo leche artificial.

Para el análisis de los datos la variable “tipo de alimentación posparto” fue agrupada en dos: LME y LA/L mixta.

3.1.2.5. Estrategia de captación de la muestra

El proceso de captación de la muestra comenzó tras obtener los permisos necesarios para asegurar un acceso dentro del marco ético y legal previsto para estos estudios (ver página 84).

En el momento de iniciar el estudio la doctoranda era residente de 2º año de Enfermería obstétrica-ginecológica en la XXIF, lo que le aportaba un conocimiento estructural y organizativo muy valioso y fundamentaba un acceso viable al entorno de investigación.

Nº REGISTRO	FECHA LLAMADA			TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE RECIBE EL BEBÉ								
	6 sem	16 sem	6 m	6 sem			16 sem			6 m		
				LME	LA	Lm	LME	LA	Lm	LME	LA	Lm
	--/--	--/--	--/--									

Tabla 3.4: Registro de alimentación del bebé en el posparto. Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; Lm: lactancia mixta; m: meses; sem: semanas.

En primer lugar, se establecieron como investigadoras colaboradoras para la captación de la muestra las matronas de los Centros de Salud señalados en la tabla 3.1, ya que eran ellas las que gestionaban las clases de EM, momento donde se realizaba la captación de las mujeres.

La Dirección de Procesos de Soporte de la XXIF autorizó a contactar vía email con todas las matronas de AP de la XXIF. Previamente, fue la propia Directora de Soporte de la XXIF la que contactó con dichas matronas informándoles del estudio que se iba a llevar a cabo y anticipando que nos pondríamos en contacto con ellas para pedir su colaboración. Así mismo, les adjuntó un documento con toda la información del proyecto (Anexo 10, en castellano y Anexo 11 en gallego). Posteriormente, la doctoranda envió un email con fecha 15/05/15 solicitando colaboración para la investigación y adjuntando nuevamente la hoja informativa. El tiempo de respuesta de este primer contacto se estableció en 15 días.

Finalizado el período se recibió respuesta positiva de 7 matronas, lo que nos llevó a realizar un segundo llamamiento (en este caso telefónicamente y nuevamente a través de correo electrónico, tal y como nos indicaron desde la Dirección de Procesos de Soporte de la XXIF) durante 15 días más. En esta ocasión, se recibió respuesta de una matrona más. Por lo que, en total, se contó con 8 investigadoras colaboradoras (matronas) para la captación de la muestra, identificadas en la tabla 3.1 con los números: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 y 12.

Además de estas matronas, se contó con una más, perteneciente también a la XXIF, para cumplir el requisito de viabilidad de la investigación según lo establecido en el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia (CAEIG). La función de esta matrona fue la captación de las participantes cuando la doctoranda no podía acudir por coincidencia de día y hora con otro centro de salud. Con el fin de que la presentación del proyecto fuese uniforme,

independientemente de quién lo presentase, se realizó un entrenamiento previo de esta matrona colaboradora.

Tras concretarlo con cada matrona vía telefónica o vía email, se acudió al Centro de Salud el día en que se impartían las clases de EM sobre la alimentación del RN. En la tabla 3.5 se puede ver el esquema que se siguió para organizar la información recogida en cada sesión.

CENTRO DE SALUD	MATRONA	FECHA	Nº DE ENCUESTAS ENTREGADAS

Tabla 3.5: Esquema del registro de las sesiones de recogida de datos.

Al finalizar la clase, se explicaron los objetivos del estudio y su justificación y se ofreció participar a todas las mujeres que cumplían los criterios de selección (detallados en la página 60).

A aquellas mujeres que quisieron participar se les entregó un sobre prefranqueado dirigido a la doctoranda. En dicho sobre se incluyó, tanto en castellano como en gallego, los dos idiomas oficiales de la Comunidad Autónoma de Galicia¹⁴⁹:

- Hoja informativa del estudio con las instrucciones para cumplimentar los cuestionarios (Anexo 12 [castellano] y Anexo 13 [gallego]).
- Consentimiento informado (Anexo 14 [castellano] y Anexo 15 [gallego]).
- Hoja de datos sociodemográficos.
- Cuestionario de conocimientos básicos sobre LM.
- IIFAS.

Las mujeres interesadas en participar en el estudio recogieron su sobre y, de modo voluntario, facilitaron una forma de contacto (email, teléfono) así como la fecha probable de parto (FPP) (tabla 3.6). Esta información fue utilizada para realizar un recordatorio de envío del sobre en caso de no ser recibido tras pasar un mes, para recoger la información sobre la alimentación del bebé en el posparto (a las 6 y 16 semanas y a los 6 meses posparto) y para la inclusión de las mujeres en la fase cualitativa.

En enero de 2015, tras evidenciar una tasa de respuesta baja (40%), nos pusimos en contacto nuevamente con las matronas colaboradoras para sugerir una modificación no substancial en

la recogida de datos. Dicha modificación consistió en lo siguiente: tras hacer una exposición del proyecto como se había realizado hasta ese momento: idoneidad del mismo, objetivos, confidencialidad, participación de las mujeres... se ofreció la posibilidad de cubrir los cuestionarios *in situ* y entregarlos el mismo día. El tiempo necesario para cubrir el cuestionario fue de 5-7 minutos. No obstante, si alguna mujer no podía/no deseaba cubrirlo en ese momento, se le dio la opción de enviarlo por correo postal igualmente. Con este nuevo método de recogida de datos se consiguió una tasa de respuesta mayor (75%), lo que permitió concluir esta primera fase de recogida de datos cuantitativos en julio de 2015.

Nº REGISTRO	TELÉFONO	EMAIL	FPP

Tabla 3.6: Registro de las encuestas entregadas y forma de contacto con la participante. Abreviaturas: FPP: fecha probable de parto.

A medida que se fueron recibiendo los sobres de recogida de información se realizaron las llamadas telefónicas posparto con el fin de determinar el tipo de alimentación que recibía el RN. Estas llamadas se llevaron a cabo a las 6 y 16 semanas y a los 6 meses de vida del bebé y se registraron como se indica en la tabla 3.4 “registro de alimentación del bebé en el posparto”.

3.1.2.6. Análisis

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS, Versión 20.0 (SPSS para Windows, SPSS Inc., Madrid, España). Se consideraron estadísticamente significativos valores $p < 0,05$.

3.1.2.6.1. Análisis descriptivo

Los registros con más del 50% de las variables en blanco fueron eliminados del análisis. Por otra parte, en los restantes registros los valores perdidos fueron estimados mediante un método de regresión.

Se emplearon estadísticos descriptivos y tablas de contingencia para plasmar las características de la muestra así como para resumir los resultados para cada ítem de la IIFAS (IIFAS-S y IIFAS-G).

Se utilizó el test chi-cuadrado para comparar variables categóricas (características sociodemográficas y de lactancia).

3.1.2.6.2. Conocimientos y actitudes acerca de la LM

El test de chi-cuadrado se utilizó para: i) comparar las medias de los ítems de la escala IIFAS y la puntuación total de los cuestionarios en castellano y gallego; ii) determinar la relación entre la puntuación total de la escala IIFAS y los factores sociodemográficos; iii) determinar las diferencias entre la actitud materna (medida mediante la IIFAS) y la intención de alimentación (LME/LM no exclusiva [LA o L mixta]) y el tipo de alimentación a las 6 semanas, 16 semanas y 6 meses posparto (LME/LA/L mixta); iv) analizar la relación entre la intención de alimentación del RN y los factores sociodemográficos; v) analizar la relación entre el tipo de alimentación a las 6 semanas, 16 semanas y 6 meses posparto y los factores sociodemográficos; vi) analizar la relación entre los conocimientos básicos en LM y los factores sociodemográficos; vii) analizar la relación entre los conocimientos básicos en LM y la intención de alimentación del RN; viii) analizar la relación entre los conocimientos básicos en LM y el tipo de alimentación a las 6 semanas, 16 semanas y 6 meses posparto; ix) analizar la relación entre la intención de alimentación del RN y el tipo de alimentación a las 6 semanas, 16 semanas y 6 meses posparto; x) analizar la relación entre los conocimientos básicos en LM y la actitud materna (medida mediante la IIFAS-S e IIFAS-G).

3.1.2.6.3. Análisis psicométrico

La correlación ítem-total corregido, el coeficiente alfa de Cronbach (α^*) cuando el ítem es omitido, y el coeficiente alfa de Cronbach total (α) fueron determinados para evaluar la fiabilidad de las IIFAS. La validez de las IIFAS fue valorada a partir del análisis de las características de la curva ROC. El área bajo la curva hallada en base a la mejor relación sensibilidad-especificidad, fue analizada para determinar la capacidad de la puntuación total de IIFAS para predecir la intención de amamantar. Finalmente, la validez predictiva fue determinada examinando la asociación entre: i) la puntuación IIFAS durante el embarazo y la intención de LME; ii) la puntuación IIFAS durante el embarazo y la duración de LME a las 6 semanas, 16 semanas y 6 meses posparto. Dichas asociaciones fueron analizadas mediante tests chi-cuadrado y regresión logística bivalente.

3.1.3. FASE CUALITATIVA: Estudio fenomenológico

3.1.3.1. Marco teórico-metodológico

El método fenomenológico consiste en una investigación rigurosa, crítica y sistemática de un fenómeno (LM). La finalidad de la investigación fenomenológica es explicar la estructura o esencia de las experiencias vividas, en la búsqueda de la unidad de significado y su descripción rigurosa, a través de la experiencia vivida cotidiana¹⁵⁰.

La fenomenología hermenéutica es un tipo especial de interpretación fenomenológica, diseñada para revelar significados de los fenómenos que de otro modo quedarían ocultos¹⁵¹.

En esta investigación hemos seguido los planteamientos de Crist y Tanner¹⁵² que indican que se trata de un proceso circular donde las narrativas deben ser simultáneamente analizadas con la interpretación emergente, sin nunca perder de vista la historia y el contexto de cada participante.

3.1.3.2. Población

La población objeto de muestreo han sido todas las mujeres que habían participado en la fase cuantitativa y con las que se contactó en el posparto para realizar un seguimiento sobre la alimentación que daban a sus bebés.

3.1.3.3. Muestra

El muestreo utilizado ha sido el muestreo teórico intencionado. La muestra intencional construida teóricamente es la más utilizada en la investigación fenomenológica. La fortaleza de este tipo de muestreo está en la selección de casos ricos en información que permiten estudiar en profundidad un fenómeno. Los casos ricos en información son aquellos de los que se puede aprender y aprehender los aspectos de importancia esencial para la finalidad de la investigación¹⁵¹.

Los perfiles de informantes se definieron teóricamente y en base a los resultados de la fase cuantitativa. Estos resultados evidenciaron que las dimensiones a tener en cuenta en los perfiles debían ser: actitud hacia la LM (positiva hacia la LM, neutral y positiva hacia la LA), nivel de conocimientos (bueno, regular y malo) y la coincidencia entre intención y alimentación posparto.

La estrategia de captación de participantes consistió en contactar con las mujeres con el perfil seleccionado a través de llamada telefónica. Se realizaron tres intentos de llamada a diferentes

horas del día, durante tres días no consecutivos. Ante la no respuesta telefónica, se realizó un envío de whatsapp.

Cuando no fue posible el contacto se eligió otra participante con el mismo perfil. Se recordó a la mujer en qué consistía esta segunda fase de la investigación y se le invitó a participar. En caso de aceptar, se concretó con ella sitio y hora de la entrevista. Las entrevistas tuvieron lugar en un despacho de la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de A Coruña o en el Centro de Salud que le correspondía a esa mujer.

El criterio utilizado para finalizar la recogida de datos cualitativos fue haber alcanzado la saturación teórica en la entrevista número 13.

3.1.3.4. Herramientas de recogida de datos

Como herramienta de recogida de datos se utilizó entrevista semiestructurada. Se elaboró siguiendo un guión temático (Anexo 16).

Otra herramienta utilizada fue el diario de campo. Con el fin de facilitar la veracidad y la inmediatez en la recogida de información se elaboró un formato de diario atendiendo a las dimensiones temáticas, metodológicas y de reflexividad de la investigadora (Anexo 17).

3.1.3.5. Análisis

Este diseño se ha establecido partiendo de la premisa de que el propósito del análisis de datos es preservar lo que es único en cada experiencia de los participantes y permitir una comprensión del fenómeno de estudio.

Los datos fueron analizados mediante la propuesta fenomenológica de Colaizzi, según la revisión realizada por Sanders¹⁵³:

- 1.- Primera escucha de las grabaciones de las entrevistas realizadas sin tomar ningún tipo de apunte, siendo en la segunda escucha cuando se llevó a cabo su transcripción literal.
- 2.- Lectura en profundidad de las descripciones de las participantes para adquirir una sensación global de su experiencia y darle sentido a su relato.
- 3.- Fragmentación y codificación, asignándole a cada idea o concepto descubierto y transcrito un código. Posteriormente, los códigos relacionados entre sí fueron reunidos bajo una misma categoría. De esta forma se pudieron realizar comparaciones entre las etiquetas

pertenecientes a una misma categoría, observar similitudes y diferencias, y analizar posibles contrastes.

4.- Integración de los hallazgos organizados en temas a través de una descripción exhaustiva para visibilizar la estructura del fenómeno a estudio.

5.- Validación de los hallazgos por las participantes y por expertos.

3.1.3.6. Rigor y credibilidad de la investigación

En este punto se detallan los procedimientos que, desde la óptica cualitativa y naturalista, se han utilizado en esta fase para tratar de asegurar la veracidad de esta investigación, es decir, las estrategias usadas para alcanzar niveles elevados de rigor, credibilidad y validez.

Cuando se habla de la calidad de un estudio se habla de su rigor científico, fiabilidad, veracidad, confiabilidad, plausibilidad, adecuación metodológica, credibilidad, congruencia, etc. Pero el término más utilizado es el de “validez”. Una investigación no válida no es verdadera, no es una buena investigación y no tiene credibilidad.

La validez es un término que aunque reelaborado desde diversas perspectivas se ha mantenido como elemento fundamental para la valoración de la calidad o rigor científico de los estudios cualitativos¹⁵⁴. La validez, como sinónimo de verdad, como verdad construida, como verdad interpretada, consensuada, signifique lo que signifique, se convierte en la línea divisoria, el criterio límite que establece la legitimidad, aceptación o confiabilidad de la investigación¹⁵⁵.

En el ámbito de la investigación cualitativa, el significado tradicional del concepto validez ha sido reformulado, fundamentalmente, en términos de construcción social del conocimiento, otorgando énfasis a la interpretación.

Toda investigación debe responder a unos cánones o criterios que permitan valorar la veracidad del proceso¹⁵⁶.

Hemos trabajado el rigor científico desde cuatro criterios^{157,158}:

- Credibilidad o valor de verdad
- Transferibilidad o aplicabilidad
- Dependencia o consistencia
- Confirmabilidad o neutralidad

La aplicación de estos criterios no se puede hacer separada del proceso mismo de investigación. Es decir, para asegurar el rigor y la credibilidad de los resultados se han utilizado procedimientos y estrategias tanto durante el proceso de recogida de información como en el de análisis de la misma.

3.1.3.7. Credibilidad

Se trata de responder a la cuestión de si lo que se ha observado, descrito, anotado o interpretado en esta investigación se corresponde con la realidad del fenómeno que se investiga. Se contrastan las interpretaciones del investigador con las diferentes fuentes de las que se han obtenido los datos.

Las estrategias que se han seguido para asegurar la credibilidad son: estancia prolongada en el campo (Marzo 2015-Noviembre 2016), material de referencia (revisión sistematizada y crítica de la bibliografía existente), juicio crítico de colegas profesionales (auditoría de resultados con enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología), profesionales y triangulación metodológica (se consiguió porque el diseño de la investigación es un planteamiento de mix-method dirigido a la complementariedad en el análisis).

3.1.3.8. Transferibilidad

La investigación cualitativa tiene limitaciones con respecto al ámbito de generalización y no tiene pretensiones de validez universal. Sus hallazgos dependen del contexto dado y afectan al ámbito donde se aplica.

Para trabajar la transferibilidad en esta investigación se han establecido las siguientes estrategias: muestreo teórico, descripción densa y recogida de abundante información.

3.1.3.9. Dependencia

El concepto de replicabilidad es problemático en la investigación cualitativa, dada la asunción de que el mundo social está en permanente cambio. Desde la perspectiva cualitativa interesa también la estabilidad de la información, pero se tienen en cuenta las condiciones cambiantes en el fenómeno. La dependencia se ocupa de la consistencia de los resultados y para ello se ha utilizado: establecimiento de pistas de revisión, auditorías (participantes y expertos) y triangulación metodológica y de técnicas (cuantitativa-cualitativa) para la recolección de datos.

3.1.3.10. Confirmabilidad

La confirmabilidad reside en los datos y las estrategias confirman la información, la interpretación de los resultados y la generación de conclusiones.

Se han utilizado las auditorías de confirmabilidad (participantes y expertos) y el ejercicio de reflexión (diario de campo y análisis del rol y sesgos del investigador).

Credibilidad, confirmabilidad y dependencia son interdependientes. Si alcanzar la credibilidad supone asegurarse que los resultados de investigación son verdaderos y se corresponden, en cierta medida, con el fenómeno estudiado, y la confirmabilidad se alcanza cuando se concluye que los resultados de la investigación no están influidos o distorsionados por los intereses o motivaciones del investigador, es lógico establecer que ambos criterios son mutuamente constitutivos. Es decir, asegurarnos que no existen sesgos producidos por el investigador no tiene razón de ser si no es para aumentar la adecuación de los resultados con los fenómenos que se estudian.

Además de las estrategias anteriores en esta investigación se han utilizado las siguientes estrategias:

- Una constante búsqueda de ejemplos negativos/extremos (ej: mujer con actitud positiva hacia la LM, y nivel de conocimientos bueno e intención de amamantar en la que no hay coincidencia entre intención y resultado postparto)
- Seguir las directrices de investigadores anteriores para controlar la calidad de los datos.
- Un colega “abogado del diablo” que cuestiona el análisis del investigador.

3.2. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El estudio se llevó a cabo siguiendo las Normas de buena práctica en investigación con seres humanos¹⁵⁹, que recogen, sintetizan y adaptan las normativas internacionales y nacionales en materia de ética de la investigación con personas en el contexto gallego.

Se obtuvo informe favorable del CAEIG (Anexo 18) con fecha 18 de marzo de 2014.

La Dirección de Procesos de Soporte de la XXIF informa favorablemente a la realización de esta investigación de forma verbal, y se formaliza en el documento del anexo 19.

Se utilizó consentimiento informado con cada una de las participantes. Antes de la firma del mismo, se había facilitado la hoja de información asegurando que tuviesen tiempo para reflexionar sobre su participación, así como la oportunidad de clarificar cualquier duda.

Las investigadoras colaboradoras se comprometieron a mantener la confidencialidad del estudio en los casos excepcionales en los que, a petición de la mujer, y para su mayor comodidad, es la propia matrona la que recoge el sobre en una consulta, en lugar de ser enviado por correo postal. Esto se enmarca, además, dentro del derecho a la intimidad que garantiza la confidencialidad que caracteriza las relaciones del profesional sanitario y el paciente¹⁶⁰.

Además, se ha garantizado en la fase cualitativa la anonimización de los datos de la siguiente manera:

Cada entrevista se identificó con un código que incluye los siguientes números y letras (tabla 3.7).

Nº DE REGISTRO	Puede contener entre 1 y 3 dígitos.
PARIDAD	M= múltipara.
	P= primípara.
CONCORDANCIA ENTRE INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN PREVIA AL PARTO Y RESULTADO POSPARTO	SÍ: Coincidencia entre intención y resultado.
	NO: No coincidencia entre intención y resultado.
MES POSPARTO	Número de meses que han transcurrido tras el parto en el momento de la entrevista.

Tabla 3.7: Elementos del código de registro de la entrevista.

Como ejemplo de la codificación de las entrevistas, podemos ver el siguiente:

“161_M_NO_8M” Este código perteneció a la participante número 161. Era una mujer múltipara, en el 5º mes posparto. Su intención de alimentación en el preparto no coincidió con el resultado posparto.

En el proceso de transcripción se depuraron las entrevistas de aquella información que pudiese cuestionar el anonimato. Una vez transcritas las entrevistas se destruyeron las grabaciones en audio.

Capítulo 4. Resultados de la investigación.

4.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DATOS

4.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La mayoría de las participantes eran de nacionalidad española, estaban casadas, tenían entre 18 y 34 años y poseían un nivel de estudios superior (universitario y/o doctor). La mayor parte tenían un trabajo remunerado, empleadas por cuenta ajena o autónoma. Teniendo en cuenta que sólo el 22,3% de las mujeres eran multíparas, cabe destacar que casi todas (89,8%) habían amamantado alguna vez, de forma exclusiva o parcial (tabla 4.1).

4.1.2. DISTRIBUCIÓN DE LAS PARTICIPANTES SEGÚN EL CENTRO DE AP

La mayoría de las mujeres controlaron su embarazo en el centro de salud de Narón, seguido muy de cerca de Ferrol (tabla 4.2).

4.1.3. INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA

La gran mayoría de las mujeres (90,4%) deseaban alimentar a su bebé con LME cuando se les preguntaba a lo largo del tercer trimestre de gestación. Sólo un 5,5% deseaba hacerlo con LA (tabla 4.3).

4.1.4. CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LM

Según el cuestionario de conocimientos básicos sobre LM, la mayoría de las mujeres tenían un nivel de conocimientos regular (tabla 4.4).

4.1.5. ACTITUD DE LAS MADRES HACIA LA LM SEGÚN LA ESCALA IIFAS

Según la clasificación propuesta por De la Mora et al.¹³⁹ (ver página 61) las participantes mostraron una actitud entre neutral y positiva hacia la LM (Tabla 4.6), con una puntuación media de $69,76 \pm 7,75$ (tabla 4.7).

Al desglosar la escala en sus 17 ítems, se observa, como fue comentado previamente, que la mayoría de los ítems obtuvieron una puntuación neutral y positiva hacia la LM (tabla 4.7). El ítem menos puntuado, que refleja una actitud positiva hacia la LA fue el número 17 y el mejor puntuado el 16 (tabla 4.7).

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO		TOTAL (n=220)	
		n	%
Edad materna	18-34 años	136	61,8
	≥35 años	83	37,7
	No respuesta	1	0,5
Estado civil	Casada	125	56,8
	En convivencia	84	38,2
	Soltera	9	4,1
	No respuesta	2	0,9
Nacionalidad	Española	213	96,8
	Otras ¹	7	3,2
	No respuesta	0	0
Nivel de estudios	Secundarios o inferior	74	33,6
	Formación profesional	48	21,8
	Universitario y/o doctor	96	43,6
	No respuesta	2	0,9
Paridad	Primípara	171	77,7
	Múltipara	49	22,3
	No respuesta	0	0
Ocupación	Empleada	140	63,6
	Autónoma	18	8,2
	Estudiante	7	3,2
	Ama de casa	54	24,5
	No respuesta	1	0,5
Experiencia previa en LM ²	Lactancia materna exclusiva	30	61,2
	Lactancia artificial	5	10,2
	Lactancia mixta	14	28,6

Tabla 4.1: Características de la población de estudio. ¹ Portuguesa (n=2), Colombiana (n=3), Polaca (n=1), Peruana (n=1). ² Calculado entre las mujeres múltiparas. Abreviaturas: LM: lactancia materna.

		n	%
CENTRO DE AP	Ferrol	81	36,8
	Narón	86	39,1
	Fene	25	11,4
	Ortigueira	3	1,4
	As Pontes de García Rodríguez	18	8,2
	Valdoviño	5	2,3
	San Sadurniño	2	0,9
	No respuesta	0	0

Tabla 4.2: Distribución de las participantes según el centro de atención primaria en el que controlaron su embarazo. Abreviaturas: AP: Atención Primaria.

		n	%
¿CÓMO TIENE PENSADO ALIMENTAR A SU FUTURO BEBÉ?	Lactancia materna exclusiva	198	90,4
	Lactancia mixta	9	4,1
	Lactancia artificial	12	5,5
	No lo he decidido todavía ¹	1	0,5

Tabla 4.3: Intención materna de alimentar al bebé determinada durante el 3^{er} trimestre de gestación. ¹ las participantes que no respondieron fueron computadas como que aún no lo habían decidido.

		n	%
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LM¹	Bueno	55	25
	Regular	122	55,5
	Malo	43	19,5
	No respuesta	1	0,5

Tabla 4.4: Distribución de los conocimientos sobre lactancia materna. Abreviaturas: LM: lactancia materna. ¹ El nivel de conocimientos se clasifica según (ver material y método. Página 65).

Capítulo 4. Resultados de la investigación

PREGUNTA	RESPUESTA	n	%
¿Sabe usted qué es amamantar?	Sí	215	98,2
	No	4	1,8
	No respuesta	1	0,5
Durante los primeros 6 meses de vida del bebé usted debe alimentarlo con:	Leche materna más infusión de anís	3	1,4
	Sólo leche materna	210	95,9
	Leche materna más leche artificial	5	2,3
	No respuesta	2	1
¿Hasta qué edad se le debe dar el pecho al bebé de forma exclusiva?	Hasta los 2 años	134	61,2
	Hasta los 6 meses	58	26,5
	Hasta los 12 meses	26	11,9
	No hay edad	1	0,5
	No respuesta	1	0,5
¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebé?	A las 4 horas del nacimiento	6	2,8
	Inmediatamente después del parto	198	93
	A las 24 horas del nacimiento	1	0,5
	Cuando el bebé llora por hambre por primera vez	8	3,8
	No respuesta	7	3,2
¿Cada cuánto tiempo debe mamar el bebé?	Cada 2 horas	20	9,3
	Cada vez que el niño llora o a demanda	193	89,8
	Cada 6 horas	1	0,5
	No respuesta	6	2,8
Si su bebé llora de hambre o sed durante el día y la noche ¿Qué haría usted?	Le daría leche artificial	5	2,3
	Le daría sólo pecho	203	94,4
	Le daría leche materna más infusiones	6	2,8
	No respuesta	6	2,8
Si usted trabajase o estuviese fuera de casa ¿Cómo debe alimentar al bebé?	Tendría que darle leche artificial	4	1,9
	Le daría leche materna mientras esté con mi bebé y leche artificial cuando me separe de él.	8	3,7
	Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en casa o en el trabajo.	203	94,4
	No respuesta	5	2,3
La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:	Hasta 1 hora	34	16,3
	Hasta 8 horas	84	40,4
	No sabe	90	43,3
	No respuesta	12	5,5
Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea:	Le suspendería la lactancia materna	6	3
	Le daría infusiones	2	1
	Le daría lactancia materna más suero oral	76	38
	Le daría el pecho con mayor frecuencia	115	57,5
	No respuesta	20	9,1
	No sabe	1	0,5
¿Qué madres no deben amamantar a sus bebés?	Madres que tienen tos	1	0,5
	Madres con VIH/SIDA	208	98,6
	Madres que lavan mucha ropa	1	0,5
	No respuesta	9	4,1
¿Puede usted decirme la razón principal por la que le daría leche materna a su bebé?	Ahorro dinero	0	0
	Por darle nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas	200	91,3
	Tengo más tiempo para pasar en compañía de mi bebé	4	1,8
	Varios motivos	15	6,9
Marque la gráfica correcta en la que se muestra la posición en cómo debe dar de mamar a su bebé	Correcta	133	61,6
	Incorrecta	83	38,4
	No respuesta	4	1,8
Marque la gráfica correcta de cómo debe colocar la boca de su bebé en el pecho para la lactancia	Correcta	207	95,4
	Incorrecta	10	4,6
	No respuesta	3	1,4
¿Por cuál de las mamas empieza nuevamente a darle de mamar al bebé?	Empezará a dar de mamar por cualquier mama	24	11
	Empezará por la mama que no estuvo mamando anteriormente	194	89
Para interrumpir la succión	Tira del pezón para que el bebé lo suelte	12	5,5
	Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón	206	94,5
	Personal sanitario	139	63,8
¿De quién obtuvo usted información sobre lactancia materna?	Familiares	7	3,2
	Amigos	1	0,5
	Otros	12	5,5
	De varias fuentes	54	24,8
	No respuesta	2	1

Tabla 4.5: Cuestionario de conocimientos básicos desglosado en sus 16 ítems.

ACTITUD MATERNA HACIA LA LM (IIFAS)¹	n	%
Positiva hacia la LA	3	1,4
Neutral	90	40,9
Positiva hacia la LM	127	57,7
No respuesta	1	0,5

Tabla 4.6: Actitud materna hacia la lactancia materna medida a través de la escala IIFAS. ¹ Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna.

4.1.6. RESULTADOS POSPARTO

La prevalencia de LME disminuyó con el paso del tiempo en beneficio, principalmente, de la LA (tabla 4.8).

4.1.7. RELACIÓN ENTRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS–ACTITUD MATERNA HACIA LA LM

Las mujeres multíparas obtuvieron resultados más altos en la escala IIFAS, lo que se traduce en una actitud más positiva hacia la LM que las mujeres primíparas. La paridad estaba relacionada con la actitud hacia la LM, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la muestra (tabla 4.9).

De igual manera se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que hacían el seguimiento del embarazo en el Centro de AP de Narón, con una actitud más positiva hacia la LM, que aquellas que acudían al Centro de Salud de Ferrol u otros (tabla 4.9).

4.1.8. RELACIÓN ENTRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS–CONOCIMIENTOS

Los factores sociodemográficos que pueden influir en los conocimientos que la mujer tiene sobre la LM son la edad, el nivel de estudios y la paridad (tabla 4.10). Concretamente, las mujeres de mayor edad, multíparas y con estudios superiores obtuvieron puntuaciones más altas en el cuestionario de conocimientos.

ACTITUD MATERNA HACIA LA LM					
ITEM ¹	M	DE	Positiva hacia la LM (%)	Neutral (%)	Positiva hacia la LA (%)
1. Los beneficios nutricionales de la leche materna únicamente se mantienen hasta que el bebé es destetado ² .	3,95	1,27	73,6	8,6	17,7
2. La lactancia artificial es más conveniente que la lactancia materna ² .	4,64	0,75	93,2	4,1	2,7
3. El amamantamiento aumenta el vínculo afectivo entre madre e hijo.	4,64	0,83	93,6	2,3	4,1
4. La leche materna carece de hierro ² .	4,26	0,98	82,7	10,9	6,4
5. Los bebés que se alimentan con leche artificial son más propensos a estar sobrealimentados que los alimentados con leche materna.	3,32	1,16	46,8	28,2	25
6. La lactancia artificial es la mejor elección si la madre planea trabajar fuera de casa ² .	3,81	0,96	65,5	25,9	8,6
7. Las madres que alimentan a sus bebés con leche artificial se pierden uno de los grandes placeres de la maternidad.	3,80	1,11	61,4	28,2	10,5
8. Las madres no deberían amamantar en sitios públicos, como restaurantes ² .	4,40	0,98	84,1	10,9	5,0
9. Los bebés que se alimentan con leche materna son más sanos que los bebés que se alimentan con leche artificial.	3,95	1,08	70,0	18,2	11,8
10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a estar sobrealimentados que los alimentados con leche artificial ² .	3,98	1,05	72,7	19,1	8,2
11. Los padres se sienten excluidos si la madre amamanta ² .	4,18	0,88	82,7	12,3	5
12. La leche materna es la alimentación ideal para los bebés.	4,63	0,78	93,6	3,6	2,7
13. La leche materna se digiere más fácilmente que la leche artificial.	4,24	0,91	77,3	19,5	3,2
14. La leche artificial es tan saludable para el niño como la leche materna ² .	4,00	0,91	77,7	15,0	7,3
15. La lactancia materna es más conveniente que la lactancia artificial.	4,47	0,78	89,1	8,6	2,3
16. La leche materna es menos cara que la leche artificial.	4,75	0,63	95,9	2,3	1,8
17. Una madre que bebe alcohol ocasionalmente no debería amamantar a su bebé ² .	2,74	1,26	33,2	19,1	47,7
Total	69,76	7,75	57,7	40,9	1,4

Tabla 4.7: IIFAS traducida desglosada en sus 17 ítems. ¹ se les pregunta a las participantes en qué medida están o no de acuerdo con cada afirmación utilizando una escala tipo Likert con 5 puntos. La puntuación va desde 1 (totalmente desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). ² La puntuación otorgada a estos ítems ha sido invertida. Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna; M: media; DE: desviación estándar.

EDAD DEL BEBÉ	TIPO DE ALIMENTACIÓN POSPARTO	n	%
6 semanas	LME	129	63,9
	LA	35	17,3
	L mixta	38	18,8
16 semanas	LME	105	52
	LA	58	28,7
	L mixta	39	19,3
6 meses	LME	57	28,2
	LA	83	41,1
	L mixta	62	30,7

Tabla 4.8: Tipo de alimentación del bebé a las 6 y 16 semanas y 6 meses posparto. Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta.

4.1.9. RELACIÓN ENTRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS-RESULTADOS A LAS 6 SEMANAS POSPARTO

El tipo de alimentación a las 6 semanas posparto se vio influenciado únicamente por la paridad y la experiencia previa en LM (tabla 4.11). Las mujeres multíparas y con experiencia lactando a otro bebé eran más propensas a dar LME a las 6 semanas posparto.

El resto de variables (edad, estado civil, ocupación y centro de salud donde la mujer controlaba su embarazo) no influyeron en el tipo de lactancia que la mujer daba a las 6 semanas de vida del bebé (tabla 4.11).

4.1.10. RELACIÓN ENTRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS-RESULTADOS A LAS 16 SEMANAS POSPARTO

El tipo de lactancia que recibió el bebé a las 16 semanas posparto se vio influenciado por el nivel de estudios y la experiencia previa en LM. Al igual que sucedía a las 6 semanas posparto, las mujeres que habían amamantado a otro bebé eran más propensas a alimentar a sus bebés con LME que las primíparas (tabla 4.12). Lo mismo sucede con las mujeres con un nivel de estudios superior.

4.1.11. RELACIÓN ENTRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS-RESULTADOS A LOS 6 MESES POSPARTO

A los 6 meses posparto, el tipo de alimentación que recibió el bebé se vio influenciado por la paridad de la mujer. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres multíparas, con mayor posibilidad de alimentar al bebé con LME que las primíparas (tabla 4.13).

4.1.12. RELACIÓN ENTRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS-INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA

La intención de alimentar al bebé, cuando se mide durante el tercer trimestre de gestación no se ve influenciada por factores sociodemográficos (tabla 4.14).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		ACTITUD MATERNA HACIA LA LM ³						p
		Positiva hacia la LM		Neutral		Positiva hacia la LA		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	18-34 años	72	52,9	61	44,9	3	2,2	0,11
	≥35 años	54	65,1	29	34,9	0	0,0	
Estado civil	Casada	73	58,4	50	40	2	1,6	0,10
	En convivencia	49	58,3	35	41,7	0	0,0	
	Soltera	4	44,4	4	44,4	1	11,1	
Nacionalidad	Española	124	58,2	86	40,4	3	1,4	0,66
	Otra	3	42,9	4	57,1	0	0,0	
Nivel de estudios	Secundaria o menos	42	56,8	31	41,9	1	1,4	0,69
	FP	24	50	23	47,9	1	2,1	
	Universitario y/o doctor	60	62,5	35	36,5	1	1,0	
Ocupación ¹	Trabajo remunerado	91	57,6	64	40,5	3	1,9	0,75
	Ama de casa	32	59,3	22	40,7	0	0,0	
	Estudiante	3	42,9	4	57,1	0	0,0	
Paridad	Primípara	91	53,2	77	45	3	1,8	0,03
	Múltipara	36	73,5	13	26,5	0	0,0	
Experiencia previa en LM	LME	23	76,7	7	23,3	0	0,0	0,52
	LA/L mixta	13	68,4	6	31,6	0	0,0	
Centro salud ²	Ferrol	40	49,4	39	48,1	2	2,5	0,04
	Narón	60	69,8	25	29,1	1	1,2	
	Otros	27	50,9	26	49,1	0	0,0	

Tabla 4.9: Relación entre la actitud materna hacia la lactancia materna y los datos sociodemográficos. ¹ Se ha agrupado la variable "ocupación" (ver material y método, página 66). ² Los distintos centros de salud participantes en el estudio han sido agrupados (ver material y método, página 66). ³ Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; FP: formación profesional.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LM ³						p
		Bueno		Regular		Malo		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	18-34 años	27	19,9	77	56,6	32	23,5	0,02
	≥35 años	28	33,7	45	54,2	10	12	
Estado civil	Casada	36	28,8	67	53,6	22	17,6	0,32
	En convivencia	16	19	52	61,9	16	19	
	Soltera	3	33,3	3	33,3	3	33,3	
Nacionalidad	Española	54	25,4	117	54,9	42	19,7	0,68
	Otra	1	14,3	5	71,4	1	14,3	
Nivel de estudios	Secundaria o menos	10	13,5	47	63,5	17	23,0	0,01
	FP	10	20,8	28	58,3	10	20,8	
	Universitario y/o doctor	35	36,5	47	49,0	14	14,6	
Ocupación ¹	Trabajo remunerado	37	23,4	92	58,2	29	18,4	0,05
	Ama de casa	18	33,3	27	50,0	9	16,7	
	estudiante	0	0,0	3	42,9	4	57,1	
Paridad	Primípara	36	21,1	100	58,5	35	20,5	0,04
	Múltipara	19	38,8	22	44,9	8	16,3	
Experiencia previa en LM	LME	13	43,3	13	43,3	4	13,3	0,64
	LA/L mixta	6	31,6	9	47,4	4	21,1	
Centro salud ²	Ferrol	24	29,6	37	45,7	20	24,7	0,20
	Narón	21	24,4	50	58,1	15	17,4	
	Otros	10	18,9	35	66,0	8	15,1	

Tabla 4.10: Relación entre los conocimientos básicos sobre lactancia materna y los datos sociodemográficos. ¹ Se ha agrupado la variable "ocupación" (ver material y método, página 66). ² Los distintos centros de salud participantes en el estudio han sido agrupados (ver material y método, página 66). ³ El nivel de conocimientos se clasifica según (ver material y método. Página 65). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; FP: formación profesional.

4.1.13. RELACIÓN ENTRE ACTITUD MATERNA HACIA LA LM-RESULTADOS POSPARTO

Las mujeres con una actitud positiva hacia la LM era más probable que alimentasen a sus bebés con LME que aquellas que tenían una actitud neutral o positiva hacia la LA. Esta relación se hace más fuerte a medida que pasa el tiempo, siendo estadísticamente significativa a los seis meses (tabla 4.15).

4.1.14. RELACIÓN ENTRE ACTITUD MATERNA HACIA LA LM-INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA

La actitud de la mujer hacia la LM estuvo relacionada con el tipo de alimentación que la mujer desea para su bebé. Las mujeres con una actitud positiva hacia la LM es más probable que deseen alimentar a sus hijos con LME (tabla 4.16).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		TIPO DE ALIMENTACIÓN A LAS 6 SEMANAS POSPARTO ³				
		LME		LA		p
				L mixta		
		n	%	n	%	
Edad	18-34 años	81	59,6	43	31,6	0,76
	≥35 años	47	56,6	30	36,1	
Estado civil	Casada	75	60	39	31,2	0,92
	En convivencia	47	56	31	36,9	
	Soltera	5	55,6	3	33,3	
Nacionalidad	Española	127	59,6	70	32,9	0,08
	Otra	2	28,6	3	42,9	
Nivel de estudios	Secundaria o menos	42	56,8	23	31,1	0,14
	FP	28	58,3	20	41,7	
	Universitario y/o doctor	58	60,4	29	30,2	
Ocupación ¹	Trabajo remunerado	92	58,2	53	33,5	0,92
	Ama de casa	32	59,3	17	31,5	
	estudiante	4	57,1	3	42,9	
Paridad	Primípara	92	53,8	65	38	0,01
	Múltipara	37	75,5	8	16,3	
Lactancia previa	LME	26	70,3	1	12,5	0,00
	LA/L mixta	11	29,7	7	87,5	
Centro salud ²	Ferrol	42	51,9	30	37	0,42
	Narón	52	60,5	27	31,4	
	Otros	35	66	16	30,2	

Tabla 4.11: Tipo de alimentación a las 6 semanas posparto y relación con datos sociodemográficos. ¹ Se ha agrupado la variable “ocupación” (ver material y método, página 66). ² Los distintos centros de salud participantes en el estudio han sido agrupados (ver material y método, página 66). ³ La variable “tipo de alimentación posparto” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; FP: formación profesional.

4.1.15. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LM-INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA

Los conocimientos de la mujer sobre LM estuvieron relacionados con la intención que ésta tenía de amamantar a su bebé. Las mujeres que tenían pensado alimentar a sus bebés con LA o mixta tenían menos conocimientos sobre LM (tabla 4.17).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		TIPO DE ALIMENTACIÓN A LAS 16 SEMANAS POSPARTO ³				p
		LME		LA L mixta		
		n	%	n	%	
Edad	18-34 años	61	44,9	63	46,3	0,60
	≥35 años	43	51,8	34	41	
Estado civil	Casada	66	52,8	48	38,4	0,31
	En convivencia	33	39,3	45	53,6	
	Soltera	4	44,4	4	44,4	
Nacionalidad	Española	103	48,4	94	44,1	0,12
	Otra	2	28,6	3	42,9	
Nivel de estudios	Secundaria o menos	29	39,2	36	48,6	0,04
	FP	23	47,9	25	52,1	
	Universitario y/o doctor	52	54,2	35	36,5	
Ocupación ¹	Trabajo remunerado	77	48,7	68	43	0,65
	Ama de casa	25	46,3	24	44,4	
	Estudiante	2	28,6	5	71,4	
Paridad	Primípara	75	43,9	82	48	0,08
	Múltipara	30	61,2	15	30,6	
Lactancia previa	LME	23	76,7	4	13,3	0,00
	LA/L mixta	7	36,8	11	57,9	
Centro salud ²	Ferrol	32	39,5	40	49,4	0,17
	Narón	41	47,7	38	44,2	
	Otros	32	60,4	19	35,8	

Tabla 4.12: Tipo de alimentación a las 16 semanas posparto y relación con datos sociodemográficos. ¹ Se ha agrupado la variable "ocupación" (ver material y método, página 66). ² Los distintos centros de salud participantes en el estudio han sido agrupados (ver material y método, página 66). ³ La variable "tipo de alimentación posparto" se ha agrupado (ver material y método. Página 66). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; FP: formación profesional.

4.1.16. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LM-RESULTADOS POSPARTO

Las mujeres que alimentaron a sus bebés con LME poseen mayores conocimientos sobre LM que aquellas que lo hicieron con LA o L mixta a las 16 semanas posparto, encontrándose en el límite de la significación estadística a las 6 semanas y a los 6 meses posparto (tabla 4.18).

4.1.17. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE LM-ACTITUD MATERNA HACIA LA LM

La actitud materna hacia la LM, medida a través de la IIFAS-t (IIFAS traducida), estaba relacionada con el nivel de conocimientos, de manera que las mujeres con una actitud positiva hacia la LM tuvieron mayores conocimientos sobre LM que aquellas con una actitud neutral o positiva hacia la LA (tabla 4.19).

4.1.18. RELACIÓN INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA-RESULTADOS POSPARTO

El tipo de lactancia con la que se alimentó al bebé y la intención que tenía su madre en la etapa prenatal se relacionaron estadísticamente. Estas diferencias se observan tanto a las 6 semanas posparto como a las 16 semanas y a los 6 meses. La mayoría de las mujeres que tenían intención de alimentar a sus bebés con LME lo hicieron (tabla 4.20).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		TIPO DE ALIMENTACIÓN A LOS 6 MESES POSPARTO ³				
		LME		LA L mixta		p
		n	%	n	%	
Edad	18-34 años	38	27,9	86	63,2	0,49
	≥35 años	18	21,7	59	71,1	
Estado civil	Casada	39	31,2	75	60	0,09
	En convivencia	13	15,5	65	77,4	
	Soltera	3	33,3	5	55,6	
Nacionalidad	Española	55	25,8	142	66,7	0,12
	Otra	2	28,6	3	42,9	
Nivel de estudios	Secundaria o menos	14	18,9	51	68,9	0,69
	FP	17	35,4	31	64,6	
	Universitario y/o doctor	25	26	62	64,6	
Ocupación ¹	Trabajo remunerado	39	24,7	106	67,1	0,92
	Ama de casa	15	27,8	34	63	
	Estudiante	2	28,6	5	71,4	
Paridad	Primípara	36	21,1	121	70,8	0,00
	Múltipara	21	42,9	24	49	
Lactancia previa	LME	16	53,3	11	36,7	0,09
	LA/L mixta	5	26,3	13	68,4	
Centro salud ²	Ferrol	18	22,2	54	66,7	0,58
	Narón	24	27,9	55	64	
	Otros	15	28,3	36	67,9	

Tabla 4.13: Tipo de alimentación a los 6 meses posparto y relación con datos sociodemográficos. ¹ Se ha agrupado la variable “ocupación” (ver material y método, página 66). ² Los distintos centros de salud participantes en el estudio han sido agrupados (ver material y método, página 66). ³ La variable “tipo de alimentación posparto” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; FP: formación profesional.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA ³				
		LME		LA/L mixta		P
		n	%	n	%	
Edad	18-34 años	122	89,7	13	9,6	0,94
	≥35 años	74	89,2	8	9,6	
Estado civil	Casada	108	86,4	16	12,8	0,15
	En convivencia	80	95,2	3	3,6	
	Soltera	7	77,8	2	22,2	
Nacionalidad	Española	190	89,2	21	9,9	0,66
	Otra	7	100	0	0	
Nivel de estudios	Secundaria o menos	68	91,9	5	6,8	0,79
	FP	42	87,5	6	12,5	
	Universitario y/o doctor	86	89,6	9	9,4	
Ocupación ¹	Trabajo remunerado	138	87,3	19	12	0,33
	Ama de casa	51	94,4	2	3,7	
	estudiante	7	100	0	0	
Paridad	Primípara	152	88,9	18	10,5	0,43
	Múltipara	45	91,8	3	6,1	
Lactancia previa	LME	29	96,7	0	0	0,06
	LA/L mixta	16	84,2	3	15,8	
Centro salud ²	Ferrol	71	87,7	9	11,1	0,75
	Narón	78	90,7	8	9,3	
	Otros	48	90,6	4	7,5	

Tabla 4.14: Intención materna de alimentación al futuro bebé y relación con datos sociodemográficos. ¹ Se ha agrupado la variable "ocupación" (ver material y método, página 66). ² Los distintos centros de salud participantes en el estudio han sido agrupados (ver material y método, página 66). ³ La variable "intención de alimentación futura" se ha agrupado (ver material y método. Página 66). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; FP: formación profesional.

			ACTITUD MATERNA HACIA LA LM ²						p
			Positiva hacia la LM		Neutral		Positiva hacia la LA		
			n	%	n	%	n	%	
TIPO ALIMENTACIÓN POSPARTO ¹	6 sem	LME	83	65,4	45	50	1	33,3	0,09
		LA/L mixta	33	26	38	42,2	2	66,7	
	16 sem	LME	70	55,1	34	37,8	1	33,3	0,09
		LA/L mixta	46	36,2	49	54,4	2	66,7	
	6 m	LME	44	34,6	13	14,4	0	0,0	0,00
		LA/L mixta	72	56,7	70	77,8	3	100	

Tabla 4.15: Relación entre el tipo de alimentación del bebé a las 6 y 16 semanas y a los 6 meses posparto y la actitud materna hacia la lactancia materna. ¹ La variable “tipo de alimentación posparto” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). ² Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; m: meses; sem: semanas.

		ACTITUD MATERNA HACIA LA LM ¹						p
		Positiva hacia la LM		Neutral		Positiva hacia la LA		
		n	%	n	%	n	%	
INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA ²	LME	124	97,6	72	80	1	33,3	0,00
	LA/L mixta	2	1,6	17	18,9	2	66,7	

Tabla 4.16: Relación entre la intención de alimentación futura y la actitud materna hacia la lactancia materna. ¹ Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). ² La variable “intención de alimentación futura” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta.

		INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA ²				p
		LME		LA/L mixta		
		n	%	n	%	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LM ¹	Bueno	52	26,4	2	9,5	0,01
	Regular	112	56,9	9	42,9	
	Malo	33	16,8	10	47,6	

Tabla 4.17: Relación entre el nivel de conocimientos básicos sobre lactancia materna y la intención de alimentación futura. ¹ El nivel de conocimientos se clasifica según (ver material y método. Página 65). ² La variable “intención de alimentación futura” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta.

			NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LM ²						p
			Bueno		Regular		Malo		
			n	%	n	%	n	%	
TIPO DE ALIMENTACIÓN POSPARTO ¹	6 sem	LME	34	26,4	76	58,9	19	14,7	0,09
		LA/L mixta	16	21,9	35	47,9	22	30,1	
	16 sem	LME	33	31,4	60	57,1	12	11,4	0,00
		LA/L mixta	17	17,5	51	52,6	29	29,9	
	6 m	LME	21	36,8	30	52,6	6	10,5	0,05
		LA/L mixta	29	20	81	55,9	35	24,1	

Tabla 4.18: Relación entre el nivel de conocimientos básicos sobre lactancia materna y los resultados posparto. ¹ La variable “tipo de alimentación posparto” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). ² El nivel de conocimientos se clasifica según (ver material y método. Página 65). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; m: meses; sem: semanas.

		ACTITUD MATERNA HACIA LA LM ²						p
		Positiva hacia la LM		Neutral		Positiva hacia la LA		
		n	%	n	%	n	%	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LM ¹	Bueno	40	31,5	15	16,7	0	0,0	0,01
	Regular	74	58,3	46	51,1	2	66,7	
	Malo	13	10,2	29	32,2	1	33,3	

Tabla 4.19: Relación entre el nivel de conocimientos básicos sobre lactancia materna y la actitud materna hacia la lactancia materna. ¹ El nivel de conocimientos se clasifica según (ver material y método. Página 65). ² Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna.

			INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA ²				p
			LME		LA/L mixta		
			n	%	n	%	
TIPO DE ALIMENTACIÓN POSPARTO ¹	6 sem	LME	124	62,9	4	19	0,00
		LA/L mixta	57	28,9	16	76,2	
	16 sem	LME	100	50,8	4	19	0,00
		LA/L mixta	81	41,1	16	76,2	
	6 m	LME	56	28,4	1	4,8	0,02
		LA/L mixta	125	63,5	19	90,5	

Tabla 4.20: Relación entre la intención de alimentación del bebé durante el tercer trimestre de gestación y los resultados posparto. ¹ La variable “tipo de alimentación posparto” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). ² La variable “intención de alimentación futura” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; sem: semanas; m: meses.

4.1.19. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA IIFAS EN CASTELLANO Y GALLEGO

4.1.19.1. Descripción de la muestra

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO		Castellano (n= 122)		Gallego (n= 98)		Total (n=220)	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18-34 años	73	59,8	63	64,3	136	61,8
	≥35 años	48	39,3	35	35,7	83	37,7
	No respuesta	1	0,8	0	0,0	1	0,5
Estado civil	Casada	69	56,6	56	57,1	125	56,8
	En convivencia	45	36,9	39	39,8	84	38,2
	Soltera	7	5,7	2	2,0	9	4,1
	No respuesta	1	0,8	1	1	2	0,9
Nacionalidad	Española	116	95,1	97	99	213	96,8
	Otra ¹	6 ¹	4,9	1 ²	1	7	3,2
	No respuesta	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nivel de estudios	Secundaria o menos	45	36,9	29	29,6	74	33,6
	FP	22	18	26	26,5	48	21,8
	Universitario y/o doctor	54	44,3	42	42,9	96	43,6
	No respuesta	1	0,8	1	1,0	2	0,9
Paridad	Primípara	100	82,0	71	72,4	171	77,7
	Múltipara	22	18,0	27	27,6	49	22,3
	No respuesta	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Centro salud	Ferrol	49	40,2	32	32,7	81	36,8
	Narón	48	39,3	38	38,8	86	39,1
	Fene	11	9,0	14	14,3	25	11,4
	Ortigueira	2	1,6	1	1	3	1,4
	As Pontes de García Rodríguez	8	6,6	10	10,2	18	8,2
	Valdoviño	3	2,5	2	2	5	2,3
	San Sadurniño	1	0,8	1	1	2	0,9
	No respuesta	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ocupación	Empleada	80	65,6	60	61,2	140	63,6
	Autónoma	10	8,2	8	8,2	18	8,2
	Estudiante	4	3,3	3	3,1	7	3,2
	Ama de casa	27	22,1	27	27,6	54	24,5
	No respuesta	1	0,8	0	0,0	1	0,5
Lactancia previa ²	LME	14	63,6	16	59,3	30	61,2
	LA	0	0,0	5	18,5	5	10,2
	L mixta	8	36,4	6	22,2	14	28,6
Intención de alimentación futura	LME	106	87,6	92	93,9	198	90,4
	LA	7	5,8	5	5,1	12	5,5
	L mixta	8	6,6	1	1	9	4,1
	No lo he decidido todavía	1	0,8	0	0,0	1	0,5

Tabla 4.21: Características de la población de estudio según idioma (n=220). ¹ Portuguesa (n=2), Colombiana (n=3), Polaca (n=1), Peruana (n=1). ² Calculado entre las mujeres múltiparas. Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; FP: formación profesional.

De las 220 mujeres que completaron el cuestionario, 122 lo hicieron en castellano y 98 en gallego. En la tabla 4.21 pueden verse las características sociodemográficas de la muestra

según el idioma en el que cubrieron el cuestionario. También se incluyen las variables correspondientes al tipo de lactancia previa (en el caso de mujeres multíparas) y la intención de alimentar a su futuro bebé.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las características de las mujeres de ambos grupos (castellano y gallego) ($p>0,05$).

4.1.19.2. ACTITUD DE LAS MUJERES HACIA LA LM

	IIFAS-S	IIFAS-G
Media	69,34	70,29
Mediana	70,00	71,00
Desviación estándar	7,82	7,66
Asimetría	-0,62	-0,89
Curtosis	0,33	0,76
Rango	39	45

Tabla 4.22: Distribución de las puntuaciones en la escala IIFAS-S e IIFAS-G.

Las puntuaciones globales en la escala IIFAS-S e IIFAS-G siguieron una distribución normal, según el test de Kolmogorov-Smirnov ($p>0,05$) y los estadísticos de normalidad. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones globales de las escalas IIFAS-S ($69,34 \pm 7,82$) e IIFAS-G ($70,29 \pm 7,66$) ($X^2=1,530$, $p=0,465$) (tabla 4.22).

Al desglosar la escala IIFAS en sus 17 ítems y comparar la puntuación de cada ítem en castellano y gallego se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas sólo entre los resultados de IIFAS-S e IIFAS-G en el ítem 12 “La leche materna es la alimentación ideal para los bebés” (IIFAS-S: 1,6% actitud positiva hacia la LA; 6,6% actitud neutral y 91,8% actitud positiva hacia la LM; IIFAS-G: 4,1% actitud positiva hacia la LA y 95,9% actitud positiva hacia la LM).

4.1.19.3. VALIDEZ DE LA ESCALA IIFAS-S e IIFAS-G

4.1.19.3.1. Predicción de la intención de LME

La puntuación de la IIFAS, tanto de manera global como por ítems fue, de manera general, más elevada entre las madres que se mostraron partidarias de alimentar a sus bebés con LME (Tablas 4.23 y 4.24). Si bien las diferencias fueron estadísticamente significativas en la

valoración global para ambos cuestionarios, la significación no fue alcanzada para todos y cada uno de los ítems por separado (7 ítems en la IIFAS-S y 6 ítems en la IIFAS-G).

Cuando la sensibilidad y la especificidad de la puntuación total de la IIFAS fue analizada en relación a la intención de lactancia materna con vistas a determinar la validez, el área bajo la curva (AUC) ROC fue de 0,813 (95% intervalo de confianza [IC]; 0,712-0,915) para toda la población, 0,789 (95% IC; 0,648-0,930) para la muestra que cubrió el cuestionario en castellano, y 0,862 (95% IC; 0,765-0,959) para la muestra que cubrió el cuestionario en gallego. Por tanto, la IIFAS es válida para predecir la intención de lactancia materna independientemente del idioma.

4.1.19.3.2. Predicción de la duración de LME

De las 202 mujeres, 129 continuaron con LME a las 6 semanas, 105 a las 16 semanas y 57 a los 6 meses (tabla 4.25).

4.1.19.4. Fiabilidad de la consistencia interna

El alfa de Cronbach de la IIFAS-S fue de $\alpha = 0,785$, y de la IIFAS-G fue de $\alpha = 0,766$. Los datos psicométricos para la evaluación de la fiabilidad y la consistencia interna de los ítems IIFAS han sido incluidos en la Tabla 4.28. Las correlaciones elemento-total corregida fueron todas positivas, oscilando entre 0,127 y 0,588 para la muestra que cubrió la escala en castellano y entre 0,046 y 0,658 para la muestra que la cubrió en gallego. El α^* de Cronbach para cada ítem que era eliminado permaneció por encima de 0,76 y 0,73 (muestra que respondió a la escala en español y gallego, respectivamente), lo que puso de manifiesto la fiabilidad de la IIFAS en la población prenatal de Galicia.

La actitud de la madre hacia la LM está estadísticamente relacionada con la prevalencia de LME a los 6 meses posparto, independientemente de que se usase la IIFA-S o la IIFAS-G (tablas 4.26 y 4.27).

ÍTEM ¹	INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA ³						p
	LME			LA/L mixta			
	Positiva hacia LM ⁴ (%)	Neutral ⁴ (%)	Positiva hacia LA ⁴ (%)	Positiva hacia LM ⁴ (%)	Neutral ⁴ (%)	Positiva hacia LA ⁴ (%)	
1 ²	74,5	8,5	17	66,7	6,7	26,7	0,88
2 ²	95,3	1,9	2,8	73,3	26,7	0	0,00
3	95,3	1,9	2,8	73,3	13,3	13,3	0,04
4 ²	85,8	9,4	4,7	80,0	20,0	0,0	0,68
5	49,1	29,2	21,7	26,7	20,0	53,3	0,08
6 ²	65,1	27,4	7,5	33,3	46,7	20	0,15
7	69,8	25,5	4,7	33,3	20,0	46,7	0,00
8 ²	85,8	11,3	2,8	46,7	33,3	20,0	0,00
9	75,5	17	7,5	13,3	33,3	53,3	0,00
10 ²	68,9	20,8	10,4	86,7	13,3	0,0	0,57
11 ²	87,7	9,4	2,8	73,3	13,3	13,3	0,37
12	95,3	2,8	1,9	66,7	33,3	0,0	0,00
13	83,0	16,0	0,9	53,3	40,0	6,7	0,80
14 ²	82,1	14,2	3,8	46,7	20,0	33,3	0,00
15	89,6	8,5	1,9	66,7	20,0	13,3	0,09
16	93,4	4,7	1,9	100	0	0	0,89
17 ²	27,4	21,7	50,9	20,0	6,7	73,3	0,22
Total	59,4	40,6	0,0	13,3	73,3	13,3	0,00

Tabla 4.23: Evaluación de la validez de la puntuación global de la IIFAS-S y de sus ítems en relación a la intención de lactancia materna. La diferencia media para las puntuaciones globales y los ítems de la IIFAS-S en relación a la intención de lactancia materna fueron analizadas atendiendo al idioma en el que los cuestionarios fueron cubiertos. ¹El nombre de los ítems puede ser consultado en la tabla 4.7. ² La puntuación otorgada a estos ítems ha sido invertida. ³ La variable “intención de alimentación futura” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). ⁴ Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta.

ÍTEM ¹	INTENCIÓN DE ALIMENTACIÓN FUTURA ³						p
	LME			LA/L mixta			
	Positiva hacia LM ⁴ (%)	Neutral ⁴ (%)	Positiva hacia LA ⁴ (%)	Positiva hacia LM ⁴ (%)	Neutral ⁴ (%)	Positiva hacia LA ⁴ (%)	
1 ²	75	8,7	16,3	50,0	16,7	33,3	0,71
2 ²	95,7	1,1	3,3	66,7	33	0	0,00
3	96,7	0	3,3	66,7	16,7	16,7	0,00
4 ²	80,4	9,8	9,8	66,7	33,3	0,0	0,44
5	50	27,2	22,8	0	50,0	50,0	0,06
6 ²	73,9	19,6	6,5	16,7	50,0	33,3	0,00
7	57,6	34,8	7,6	33,3	0	66,7	0,00
8 ²	87,0	7,6	5,4	100,0	0,0	0,0	0,90
9	73,9	18,5	7,6	50,0	0	50,0	0,01
10 ²	75,0	17,4	7,6	66,7	33,3	0,0	0,20
11 ²	80,4	15,2	4,3	50,0	16,7	33,3	0,07
12	95,7	0	4,3	100	0	0	0,85
13	73,9	20,7	5,4	83,3	16,7	0	0,93
14 ²	79,3	15,2	5,4	50,0	16,7	33,3	0,13
15	93,5	6,5	0,0	66,7	16,7	16,7	0,00
16	97,8	0,00	2,2	100,0	0,0	0,0	0,92
17 ²	42,4	18,5	39,1	16,7	16,7	66,7	0,47
Total	67	31,9	1,1	0	100	0	0,01

Tabla 4.24: Evaluación de la validez de la puntuación global de la IIFAS-G y de sus ítems en relación a la intención de lactancia materna. La diferencia media para las puntuaciones globales y los ítems de la IIFAS-G en relación a la intención de lactancia materna fueron analizadas atendiendo al idioma en el que los cuestionarios fueron cubiertos. ¹El nombre de los ítems puede ser consultado en la tabla 4.7. ² La puntuación otorgada a estos ítems ha sido invertida. ³ La variable "intención de alimentación futura" se ha agrupado (ver material y método. Página 66). ⁴ Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna; LME: lactancia maternal exclusiva; L mixta: lactancia mixta.

	LME			
	sí		no	
	Castellano n (%)	Gallego n (%)	Castellano n (%)	Gallego n (%)
6 sem	63 (51,6)	66 (67,3)	50 (41)	23 (23,5)
16 sem	50 (41)	55 (56,1)	63 (51,6)	34 (34,7)
6 m	25 (20,5)	32 (32,7)	88 (72,1)	57 (58,2)

Tabla 4.25: Prevalencia de lactancia materna exclusiva versus no exclusiva a las 6 y 16 semanas y 6 meses posparto. Abreviaturas: LME: lactancia materna exclusiva; m: meses; sem: semanas.

			ACTITUD MATERNA HACIA LA LM ¹						p
			Positiva hacia la LM		Neutral		Positiva hacia la LA		
			n	%	n	%	n	%	
TIPO DE ALIMENTACIÓN POSPARTO ²	6 sem	LME	38	57,6	25	46,3	0	0,0	0,33
		LA/L mixta	23	34,8	25	46,3	2	100	
	16 sem	LME	32	48,5	18	33,3	0	0,0	0,29
		LA/L mixta	29	43,9	32	59,3	2	100	
	6 m	LME	17	25,8	8	14,8	0	0,0	0,04
		LA/L mixta	44	66,7	42	77,8	2	100	

Tabla 4.26: Relación entre la actitud materna, medida con la IIFAS-S, hacia la lactancia materna y los resultados posparto. ¹ Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). ² La variable “tipo de alimentación posparto” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; m: meses; sem: semanas.

			ACTITUD MATERNA HACIA LA LM ¹						p
			Positiva hacia la LM		Neutral		Positiva hacia la LA		
			n	%	n	%	n	%	
TIPO ALIMENTACIÓN POSPARTO ²	6 sem	LME	45	73,8	20	55,6	1	100	0,24
		LA/L mixta	10	16,4	13	36,1	0	0,0	
	16 sem	LME	38	62,3	16	44,4	1	100	0,33
		LA/L mixta	17	27,9	17	47,2	0	0,0	
	6 m	LME	27	44,3	5	13,9	0	0,0	0,02
		LA/L mixta	28	45,9	28	77,8	1	100	

Tabla 4.27: Relación entre la actitud materna, medida con la IIFAS-G, hacia la lactancia materna y los resultados posparto. ¹ Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). ² La variable “tipo de alimentación posparto” se ha agrupado (ver material y método. Página 66). Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna; LME: lactancia materna exclusiva; L mixta: lactancia mixta; m: meses; sem: semanas.

ITEM ¹	ALFA DE CRONBACH SI EL ELEMENTO ES ELIMINADO		CORRELACIÓN ELEMENTO-TOTAL CORREGIDA	
	IIFAS-S (n=118)	IIFAS-G (n=98)	IIFAS-S (n=118)	IIFAS-G (n=98)
1 ²	0,774	0,767	0,394	0,254
2 ²	0,765	0,742	0,557	0,561
3	0,772	0,748	0,409	0,480
4 ²	0,787	0,781	0,184	0,046
5	0,761	0,764	0,529	0,262
6 ²	0,776	0,758	0,350	0,301
7	0,773	0,760	0,403	0,293
8 ²	0,789	0,751	0,169	0,400
9	0,756	0,750	0,588	0,401
10 ²	0,784	0,747	0,258	0,434
11 ²	0,787	0,760	0,187	0,276
12	0,770	0,744	0,476	0,519
13	0,764	0,744	0,539	0,477
14 ²	0,761	0,732	0,588	0,627
15	0,762	0,739	0,569	0,658
16	0,788	0,751	0,127	0,473
17 ²	0,796	0,786	0,151	0,049

Tabla 4.28: Evaluación de la fiabilidad y consistencia interna de la IIFAS. ¹ El nombre de los ítems puede ser consultado en la tabla 4.7. ² La puntuación otorgada a estos ítems ha sido invertida.

4.2. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS

El análisis cualitativo se inicia partiendo de la situación descrita tras el análisis de la fase cuantitativa. De este análisis se extrae que la actitud de las mujeres, medida a través de la IIFAS-t se puede utilizar para predecir el tipo de alimentación que la mujer deseaba para su bebé y la duración de la LME.

La intención de las participantes de alimentar a sus bebés con LME fue muy alta (un 90%). Esa intención está relacionada con la actitud de la mujer (las mujeres con una actitud positiva hacia la LM es más probable que deseen alimentar a sus hijos con LME). Sin embargo, parece que existe una incongruencia entre esa intención y la actitud que presentan las mujeres hacia la LM ya que un 41% de mujeres presentaba una actitud neutral.

La intención de la madre en cuanto a la alimentación del RN también está muy relacionada con el resultado. Es decir, se observa que la gran mayoría de las mujeres que a las 6 semanas alimentan a sus bebés con LME, tenían la intención de hacerlo. Lo mismo sucede a las 16 semanas y a los 6 meses (tabla 4.20). Sin embargo, se puede apreciar que el porcentaje de mujeres que deseaban alimentar a sus bebés con LME pero finalmente lo hacen con LA o L mixta es también muy elevado en los tres momentos evaluados [(6 semanas 28,9%), 16 semanas (41,1%) y 6 meses (63,5%)].

Cabe pensar que esa brecha entre la intención de la mujer y su actitud pueda ser la causa de que muchas madres no vean cumplido su objetivo inicial de alimentar a su bebé con LME.

En cuanto a los conocimientos básicos sobre LM, el 55,5% de las participantes poseen un nivel de conocimientos regular, (según los resultados del cuestionario de conocimientos básicos sobre LM (ver material y método, página 65). En nuestro estudio, nos encontramos con que las mujeres con una actitud más positiva hacia la LM tenían mayores conocimientos que aquellas con una actitud neutral o positiva hacia la LA. De forma similar, las mujeres con intención de amamantar de forma exclusiva a sus bebés también presentaron un nivel de conocimientos mayor. Sin embargo, el nivel de conocimientos no fue suficiente para predecir el tipo de alimentación que la mujer da a su RN (se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente a las 16 semanas, estando en el límite de la significación estadística a las 6 semanas y a los 6 meses). Esto sugiere, como apunta Smith¹⁶¹, que los conocimientos son importantes pero no suficientes ya que nuestras decisiones en la vida no están condicionadas únicamente por la información.

Varios autores se refieren a la LM en los seres humanos como un acto que va más allá de lo puramente biológico. A diferencia de otros animales, la LM en el ser humano es un constructo social que depende, como tal, del aprendizaje, creencias, valores, normas y condicionantes socioculturales que impregnan la existencia de las personas³⁻⁵. Nos preguntamos, por lo tanto, qué hay detrás de esa neutralidad en la actitud hacia la LM que caracteriza a las participantes en nuestro estudio.

Cabe destacar, como se confirmó a raíz de las llamadas posparto, que todas las madres que tenían intención de amamantar, lo hicieron tras el parto. Es a partir de ese primer momento en que la experiencia hace que algunas madres continúen, otras cambien a L mixta o a LA. Esto es coincidente con la literatura, que nos informa de que las mujeres construyen su experiencia en torno a la LM en función de sus circunstancias personales y del ambiente en el que viven^{162,163}.

Se hace evidente pues, la necesidad de conocer en profundidad cómo toman las mujeres la decisión del tipo de alimentación que darán a sus bebés y cuáles son las circunstancias que finalmente influyen en que esa mujer viva la experiencia de una forma satisfactoria, viendo sus expectativas cumplidas o no.

Esto fundamenta los dos ejes analíticos de esta fase: la toma de decisión y la experiencia vivida.

Con el fin de interpretar las experiencias de las madres, los códigos se organizaron en función de una de las dimensiones tenidas en cuenta para realizar el muestreo teórico, la actitud de la madre hacia la LM (ver material y método. Página 61). El total de mujeres entrevistadas fue 13 y su distribución en función de las tres dimensiones del muestreo teórico está detallada en la tabla 4.29.

	OCUPACIÓN ¹	NIVEL DE ESTUDIOS	COINCIDENCIA INTENCIÓN- RESULTADO ²	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LM ⁴	ACTITUD HACIA LA LM ³
136_P_NO_12M	Trabajo remunerado	Doctor	NO	Regular	Neutral
141_P_NO_12M	Trabajo remunerado	Universitario	NO	Bueno	Neutral
142_P_NO_11M	Trabajo remunerado	Universitario	NO	Regular	Neutral
161_M_NO_8M	Ama de casa	Universitario	NO	Regular	Positiva hacia la LM
215_P_NO_8M	Trabajo remunerado	Doctor	NO	Bueno	Positiva hacia la LM
241_M_SI_3M	Ama de casa	Universitaria	SI	Bueno	Positiva hacia la LM
228_P_SI_3M	Trabajo remunerado	FP	SI	Bueno	Positiva hacia la LM
227_P_NO_2M	Ama de casa	FP	NO	Malo	Neutral
211_M_SI_8M	Trabajo remunerado	FP	SI	Malo	Neutral
172_P_SI_4M	Ama de casa	Universitarios	SI	Regular	Positiva hacia la LM
171_P_NO_5M	Ama de casa	Secundarios o menos	NO	Regular	Neutral
91_P_SI_6M	Trabajo remunerado	Universitario	SI	Regular	Neutral
186_P_SI_18M	Trabajo remunerado	Secundarios o menos	SI	Regular	Positiva hacia la LA

Tabla 4.29: Características de las participantes en la fase cualitativa. ¹ Se ha agrupado la variable “ocupación” (ver material y método, página 66). ² Coincidencia o no entre la intención de alimentación que tiene la madre en el tercer trimestre de gestación y la alimentación posparto. ³ Actitud materna hacia la LM medida a través de la escala IIFAS. Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). ⁴ El nivel de conocimientos se clasifica según (ver material y método. Página 65). ⁵ Cada participantes se identifica con un código para garantizar su anonimización (ver material y método. Página 76). Abreviaturas: FP: formación profesional; LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna.

Para presentar los resultados del análisis cualitativo se han anonimizado las participantes usando un código (según se explica en el apartado “aspectos éticos y legales” de la metodología de investigación). En dicho código se han incluido los siguientes datos por considerarlos de importancia en la comprensión de los verbatims correspondientes:

- **Número de registro de la participante:** es útil para identificar a la participante, consultar su encuesta sobre la actitud hacia la LM (IIFAS) al igual que el cuestionario de conocimientos y sus datos sociodemográficos.

- **Paridad:** única variable sociodemográfica que está relacionada significativamente con la actitud de la mujer hacia la LM (según hemos podido extraer del análisis cuantitativo), de manera que, las mujeres multíparas tienen una actitud más positiva hacia la LM que las primíparas. Así mismo, las multíparas poseen mejores conocimientos y tienen más posibilidades de alimentar a sus bebés con LME tanto a las 6 y 16 semanas posparto como a los 6 meses, por lo que constituye una información útil para comprender la construcción vivencial de la mujer sobre el proceso. Las mujeres multíparas serán identificadas con una “M” y las primíparas, con una “P”.
- **Concordancia entre intención y resultado:** cuando el tipo de alimentación que recibe el bebé concuerda con la intención que tenía la madre en la etapa prenatal, la satisfacción de la mujer es mayor¹²⁷. Por lo que, conocer si las expectativas de la mujer coinciden con la realidad nos ayuda a entender su discurso. Expresamos este código como: SÍ (coincidencia entre intención y resultado) y NO (no coincidencia entre intención y resultado).
- **Mes posparto:** el conocimiento de la edad del bebé en el momento de la entrevista permite contextualizar la información proporcionada por la mujer.

A modo de ejemplo, la mujer con el código “161_M_NO_8M” es una multípara, en el 8º mes posparto y cuyas expectativas sobre la alimentación del bebé no coinciden con el resultado.

Igualmente, las notas del diario de campo también se presentan codificadas con las iniciales “DC” y el número de registro de la participante, separados por un guión bajo. Ejemplo: DC_186 (diario de campo anotado en la entrevista de la participante con número de registro 186).

Se ha optado por incluir en el apartado de resultados referencias bibliográficas, con el fin de profundizar en el aspecto explicativo e interpretativo del fenómeno y con la intención de construir teoría. Este planteamiento metodológicamente es una práctica reconocida y valorada positivamente en las investigaciones cualitativas¹⁶⁴.

A continuación, se expone el primer eje analítico (el proceso de toma de decisión) con los temas incluidos en él (los condicionantes en la toma de decisión y las presiones en la toma de decisión) y las categorías (figura 3.1).

TOMA DE DECISIÓN

CONDICIONANTES

BENEFICIOS LM

*Lo más saludable para el bebé
Beneficios para la madre
Vínculo afectivo positivo*

BENEFICIOS LA

*Comodidad y libertad para la madre
Poder compartirlo con el padre*

LACTAR EN PÚBLICO

*Pudor de lactar en público
Salas de lactancia como elemento
facilitador de la LM*

PRESIÓN

LM EQUIVALE A BUENA MADRE

*Potente motivador
LM como elemento de juicio
Madres "radicales del pecho"*

AUTORIDAD MÉDICA

*Confianza ciega en los profesionales
Presión por alcanzar el percentil adecuado*

FALSOS MITOS

*Leche insuficiente o mala leche
Deterioro físico de la mujer
Revivir la experiencia materna*

Figura 3.1: Primer eje analítico central "Toma de decisión". Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna.

I. TOMA DE DECISIÓN

En general, las mujeres deciden la forma en la que alimentarán a sus hijos durante la gestación^{137,165}. En ocasiones, incluso es una decisión pensada antes de quedarse embarazadas. Las participantes refirieron haber tomado esa decisión de forma libre. Sin embargo, de manera recurrente, en sus discursos se recogieron aspectos que influyeron en esa decisión e incluso presionaron a la mujer, y que fundamentan los dos temas que se visibilizan en el análisis: *condicionantes y presión*.

I.A. CONDICIONANTES

Tal y como apuntan Burns et al.¹⁶⁶ la toma de decisión acerca de la alimentación infantil es un proceso multifactorial influenciado por circunstancias familiares y sociales, la salud del bebé y de la madre y otros condicionantes como experiencias previas de la mujer y, en definitiva, la cultura en la que vive. En nuestra investigación los condicionantes son organizados en base a la información de la experiencia de las mujeres en tres categorías: *beneficios LM, beneficios LA y lactar en público*.

I.A.1. BENEFICIOS LM

El principal motivo por el que las mujeres deciden alimentar a sus hijos con LM es por los beneficios que le atribuyen, sobre todo para el bebé^{161,166}, lo que constituye la categoría: *“beneficios de la LM”*. Sin embargo, los beneficios que se le otorgan a este tipo de alimentación difieren según la actitud que tiene la mujer hacia la LM, como podemos ver a continuación:

(1) Lo más saludable para el bebé

Madres con una actitud positiva hacia la LM

Las participantes, coincidiendo con lo descrito por otros autores, consideraron la LM como el alimento más saludable para el bebé^{165,167}. En ello estuvieron de acuerdo todas las participantes, independientemente de cuál fuese su actitud hacia la LM. Las que tenían una actitud positiva destacaron, además, beneficios para la madre y otros condicionantes positivos.

*“Es-es por donde le podemos proporcionar las mejores vitaminas, las mejores defensas...”
(161_M_NO_8M)*

“...por los beneficios que tiene para-a-a... y que ella es lo que necesita...” (241_M_SI_3M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

En general, las madres con una actitud neutral hacia la LM también parecían conocer estos beneficios, como se demostró en madres que tenían intención de alimentar a sus hijos con leche de fórmula en otros estudios^{137,166-168}. Por norma general, solían expresarlo de forma positiva, es decir, hablan de los beneficios de la LM, no de los perjuicios de la LA.

Generalmente, lo verbalizaron de forma indirecta, como que se lo habían dicho o lo habían leído.

“... No sé, más que nada porque-e oyes que es mejor, la leche materna y-y a ver, pues mira, si puedes dársela tampoco-o te cuesta nada, ¿no?” (227_P_NO_2M)

“...porque dicen que la leche materna es la mejor leche de-e para criarlo. Entonces, si es la mejor para él, pues...” (171_P_NO_5M)

“Yo entiendo que sea más sana, porque es verdad, es más sana.” (211_M_SI_8M)

Estas mujeres poseían un nivel de conocimientos, según los resultados de la fase cuantitativa, más bajo que las del grupo anterior (aquellas con una actitud positiva hacia la LM), lo que, sumado a una actitud neutral hacia la LM, debe hacernos pensar, según Bonia¹³⁷ que las madres dicen que la LM es lo mejor como consecuencia de la promoción de la salud que realizan los profesionales, sin embargo, en realidad no se lo creen. A pesar de reconocer los beneficios de la LM, ya en el año 1999 Murphy¹⁶⁹ afirmaba que es muy poco probable que las mujeres que desean dar leche de fórmula afirmen que la LA es mala para los bebés ya que, de alguna manera, necesitan legitimar su decisión.

Una madre comentó:

““mmm sé que la alimentación...que el pecho es la-es lo mejor para el bebé pero creo que la artificial tampoco es “lo peor”, no es nada malo.” (91_P_SI_6M)

“mira, es que la niña está sana, ¿sabes?” (211_M_SI_8M)

“Esta mujer se pone en una posición defensiva, parecen sentirse atacada por la persona con la que habla, en este caso, un pediatra” (DC_211)

En realidad, estos comentarios sobre la hipotética igualdad de los dos tipos de leche o la negación de los perjuicios de la LA, nos lleva a pensar, siguiendo a Earle¹⁶⁵ que es más una necesidad de la mujer para justificarse por su elección que una duda real sobre los beneficios de la LM. En un estudio realizado en Granada por Díaz-Saez et al.¹⁷⁰ una mujer se refiere al biberón como algo que no es malo, sino normal. Según Kronborg et al. sano¹⁷¹, aunque al comienzo algunas madres puedan sentir cierta culpabilidad por dar a sus hijos leche de

fórmula, llega un momento, con el paso de los meses, en que se sienten bien con su decisión y están felices viendo que su hijo crece sano.

Madres con una actitud positiva hacia la LA

Al igual que sucedía con algunas madres que poseían una actitud neutral hacia la LM, las madres con una actitud positiva hacia la LA mostraron un cierto escepticismo hacia los beneficios de la LM. Esto, según Burns et al.¹⁶⁶ puede estar basado en los avances científicos que han permitido que la leche de fórmula sea una alternativa aceptable.

“...a ver, yo creo que la LM tiene más vitaminas o más beneficios o que lo protege más de los catarros. Bueno...puede ser...habrá niños que sí habrá niños que no. Pero es que más allá de eso...que les aporten... pues no se...más vitaminas o-o-o es que no sé cómo explicarte. Que los protejan más...más defensas. Pero fuera de ahí, poco más. O sea, ni el vínculo ni nada de esto. No. ¿Le puede aportar más defensas? Bueno pues habrá niños que sí...ya te digo yo veo niños en la guardería que están igual de malos que el mío porque el mío es de coger de bronquios...y hay otro niño que la madre a día de hoy le da pecho y coge igual que el mío. O sea, que puede ser que al principio sí que les aporte más defensas, pero fuera de ahí...” (186_P_SI_18M)

“Su razonamiento parece basarse más en casos particulares que ella conoce que en la información que ha recibido en las clases de EM” (DC_186)

Negando, de alguna manera, los perjuicios de la LA:

“...para mí se alimenta igual. ¿Sabes? Para mí es-es igual. Yo creo que las leches de hoy en día...ya no te hablo cuando yo nací o así...pero yo creo que las leches de hoy en día...a ver. O sea, creo que están preparadísimas, pero preparadísimas. O sea, no creo que tengan ningún, ninguna cosa mala ni nada para ellos, que les pueda perjudicar o que, ¿sabes?” (186_P_SI_18M)

“Su insistencia en defender que la LA es exactamente igual a la LM, aun cuando acaba de reconocer que la LM le proporciona inmunidad al bebé, parece un ejemplo de la necesidad de legitimar su decisión, para no sentirse culpable” (DC_186)

(2) Beneficios para la madre

Madres con una actitud positiva hacia la LM

Según Foster¹⁷², las mujeres que únicamente reconocen los efectos beneficiosos de la LM para el bebé y no para la madre y toman la decisión en base a esto, parece que ellas no sacasen ningún beneficio.

Algunas mujeres conocen también los efectos beneficiosos que la LM proporciona a la madre¹⁶⁷, son las mujeres que tienen una actitud positiva hacia la LM. Sin embargo, en nuestras participantes estos beneficios se centraron no tanto en la salud (como ocurre con los

beneficios para el bebé) sino en cuestiones más prácticas. Coincidiendo con Radzimirski¹⁶⁷, destacaron la comodidad de tener el alimento siempre disponible o el ahorro que supone la LM. Se puede ver reflejado en los siguientes verbatim:

“yo la verdad no me lo planteé porque desde el momento en el que todo el mundo te dice: “es lo mejor para el bebé, es lo mejor para ti” ¿no? ¿Cuál es la duda?” (172_P_SI_4M)

“...que-e bfff es-es cómodo. Me resulta muy cómodo para dárselo, en cualquier momento y-y más bien es comodidad y-y lo bueno que es para ella como para mí” (241_M_SI_3M)

“por los beneficios que tiene para-a-a y que ella es lo que necesita, o sea todo-todo, el ahorro que te supone, las ventajas, todo. Y que puedas darle a cada momento. No tienes ni que preparar biberones, ni...o sea” (241_M_SI_3M)

Madres con una actitud positiva hacia la LA

En lo que se refiere a los beneficios que la leche materna puede proporcionar a la madre, las mujeres con una actitud positiva hacia la LA mostraron un cierto escepticismo:

“... ¿beneficios....? Si lo que contaban allí...que te recuperas más fácilmente....que....pues no sé qué más decían...es que...es que no lo sé. Es que a mí me daba igual recuperarme o no, ¿sabes? ¿Sabes lo que te digo? Yo a día de hoy tengo barriguilla y es que...me da igual. No sé es que no...más allá de eso... ¿beneficios para la madre? Sí, ¿que tienes a tu hijo un poquito más pegado a ti? Pero es que tampoco lo veo. Es que le estás dando el biberón y es que lo tienes aquí, ¿sabes? Es que lo tienes pegado a ti. Es que eso no-o-o para nada. Para mí no es...no hay diferencia” (186_P_SI_18M)

“Parece que relaciona los beneficios de la LM relativos a la recuperación materna simplemente con algo estético. Es posible que no haya entendido bien y que fuese necesario reforzar esos conocimientos” (DC_186)

(3) Vínculo afectivo positivo

El vínculo afectivo o apego, según lo desarrolla a finales de los años 50, es una relación afectiva, emocional y psicológica, desarrollada por los niños a raíz de la interacción que presentan con una figura principal, generalmente su madre, y que es indispensable para un buen desarrollo de la personalidad¹⁷³. Al igual que en otros estudios^{166,167} en el discurso de nuestras participantes surgió la idea de que la LM fortalece esa relación de apego entre madre e hijo. Esto es apoyado por el pediatra norteamericano Sears¹⁷⁴, con su filosofía de crianza basada en los principios de la teoría del apego. Uno de los principios fundamentales de esta “Crianza con Apego” es la lactancia materna. Esta idea surge únicamente de las madres que presentaron una actitud positiva hacia la LM.

Madres con una actitud positiva hacia la LM

Las mujeres con una actitud positiva hacia la LM identificaron el vínculo que se generó entre madre e hijo con la sensación de un bebé tranquilo en contacto con su madre; con una energía positiva y con una exclusividad, ya que el amamantamiento es algo que únicamente pueden ofrecer las madres.

“...el contacto de-de esa piel con piel. O sea, ese contacto que podemos tener...” (161-M_NO_8M)

“...yo creo que para mí es un vínculo muy importante. Porque a ver, el biberón, yo siempre digo: “se lo puede dar la abuela, se lo puede dar papá” pero la teta se la das tú. Y es un momento super bonito, ¿no? Entre tú y ella” (172_P_SI_4M)

“Y aún encima el vínculo que es. Ya no es sólo lo que es el producto, ¿no? es super chulo y verlo calmado porque aparte, a lo mejor está llorando y lo acercas al pecho y ya se calma...es como si él ya notara la energía, vamos...” (215_P_NO_8M)

I.A.2. BENEFICIOS LA

(1) Comodidad y libertad para la madre

Madres con una actitud positiva hacia la LM

A pesar de tener una actitud positiva hacia la LM, hay mujeres que reconocieron que la alimentación con fórmula proporciona más libertad a la madre, algo que consideraron como una ventaja de la LA:

“Esa dependencia (de la LM), que puede llegar a ser algo negativo, ¿no? Si eres una persona independiente o-o...yo que sé, a mí me ha costado también adaptarme a tener...era muy solitaria...o sea, ¿muy solitaria? soy una persona que me gusta estar sola, me gusta tener mi independencia, mis momentos...y claro, ella nace y es como...ya no hay momentos. Ya no tienes tiempo a ducharte, ya no tienes tiempo a nada. Entonces es...eso a lo mejor sí que cuesta y a lo mejor el biberón sí que te daría un poco más de libertad” (172_P_SI_4M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

Al igual que sucedió con las madres que poseen una actitud positiva hacia la LM, aquellas con una actitud neutral coincidieron en que la LA es más cómoda y fácil que la LM (altamente demandante) y que proporcionaba más libertad a la madre. La posibilidad de dejar al bebé a cargo de otra persona mientras realizaban otro tipo de tareas, tanto de ocio como del hogar o trabajo, coincide con otros autores^{137,168,175}. Como apunta Radzimirski¹⁶⁷, “las madres también tienen que vivir”.

“pues eso también le veo muchas partes positivas, como compartirlo con el padre, como poder “separarte” de él, tanto por necesidad como por ocio...” (91_P_SI_6M)

“... ¿Positivo? ¡La comodidad!... Bueno pues puede ser una forma como más adecuada a la cultura y al ritmo y a la sociedad que tenemos en estos momentos para llevarla. En el sentido de que tienes tus horas, a parte super reguladitas. Entonces entre este periodo tu podrías hacer cosas y ¡ves! “ (136_P_NO_12M)

El estilo de vida que llevamos actualmente en nuestra sociedad ¿es incompatible con la LM? ¿Tienen más peso el resto de condicionantes (situación laboral, vida social, lactancia en público...) que el hecho de que la LM se considere una cuestión de salud para la madre y el bebé? (DC_136)

“Es mucho más sencillo. Hombre yo lo veo porque yo ahora le estoy dando el biberón y yo reconozco que más cómodo...es el biberón” (227_P_NO_2M)

Madres con una actitud positiva hacia la LA

Esta mujer destacó la comodidad de delegar la alimentación del bebé en otra persona, en este caso el padre, para facilitar así el descanso de la madre después del parto:

“Tuve un parto complicado, me tuvieron que abrir mucho y tuve muchísimos puntos (se emociona) y en el hospital le daba el biberón mi marido...y yo, estaba descansando. Y cuando nos fuimos para casa, los fines de semana se lo daba mi marido y yo descansaba. O sea que para mí fue todo bueno. O sea, sabes? Es que yo, de verdad, yo no me movía de los puntos que tenía eh (se emociona). O sea, era...fue horrible, horrible” (186_P_SI_18M)

(2) Poder compartirlo con el padre

Ninguna mujer con actitud positiva hacia la LM identificó el hecho de compartir la alimentación con el padre como una ventaja de la LA.

Madres con una actitud neutral hacia la LM

Poder compartir con su pareja la alimentación del bebé es importante, tanto para ellas como para el padre. Las mujeres temen que los padres puedan sentirse excluidos si no lo hacen^{167,176}. Esto, según Earle¹⁶⁵ tiene dos implicaciones: por un lado algunas mujeres creen que el hecho de dar LA es una forma de facilitarles la transición a la maternidad, aliviando el “duro trabajo” que supone amamantar al bebé. Por otro lado, podría ser para la madre una forma de asegurarse la implicación del padre en los cuidados del bebé. De no ser así, según ellas, puede generarse un “menor vínculo” que con la madre.

“...un poco por compartirlo con mi marido-o”“...Y entonces lo del pecho, sí, creas un vínculo con la madre pero que, al mismo tiempo, para el padre...” (91_P_SI_6M)

En este sentido, hay padres que lo expresan en el momento en que la madre toma la decisión, influyendo potencialmente en la misma, como podemos ver en el comentario de la siguiente mujer:

“...bueno mi marido. Mi marido me decía: “dale biberón” “...él, ¿sabes? Entonces yo pienso que si yo le diera pecho, él no podría disfrutar tanto de la niña ¿sabes?” “...yo pienso que es porque él quería....él le encantaba darle el biberón a la primera” (211_M_SI_8M)

Otras veces, cuando la LM fracasa y finalmente sus bebés son alimentados con fórmula, ellos se muestran encantados de poder ser partícipes de la alimentación del bebé y ello reconfortó a la madre, ya que siente que ha elegido bien:

“no, no porque...o sea, cuando mi marido me dijo eso de que se sentía feliz al haber participado, pues también te hace a ti sentirte más...” “...pues que-que le podía dar el biberón. Que podía participar en algo que si yo le hubiese dado el pecho, que no-o, no podía” “no, no porque...o sea, cuando mi marido me dijo eso de que se sentía feliz al haber participado, pues también te hace a ti sentirte más...bueno, vale le damos el biberón pero al fin y al cabo, pues mira, ves! participó de algo que, pues no podría hacer”” (141_P_NO_12M)

Madres con una actitud positiva hacia la LA

“...y compartir eso con tu marido, que creo que también es importante.” (186_P_SI_18M)

Según esta mujer, la razón por la que algunos padres puedan sentirse excluidos cuando la madre amamanta es por la idea del mayor vínculo que se genera entre madre e hijo con la LM que se intenta transmitir en las clases de EM.

“Yo creo que el padre es igual que la madre pero, en la alimentación, dándole el pecho, no la puede ayudar a lo que es el descanso físico de la mama. Pero lo que tiene con el niño para mí no tiene nada que ver. O sea, para mí es lo mismo el padre que la madre, ¡por favor! Sabes, yo pienso así. Lo que pasa que es eso. Que sí que en las clases en todo esto, lo vinculan mucho y te digo una cosa, es que pienso que los padres ahí se tienen que sentir mal eh! Te lo digo así eh!” (186_P_SI_18M)

I.A.3. LACTAR EN PÚBLICO

La mayoría de las mujeres, tanto las que tenían una actitud positiva hacia la LM como aquellas con una actitud neutral, reconocieron que lactar en público no es un hecho socialmente reconocido como natural, por lo que, siguiendo a Díaz-Gómez et al.¹³⁶ las mujeres lo identificaron como un inconveniente de la LM.

Se encuentran en esta categoría los siguientes códigos:

(1) Pudor de lactar en público

Mujeres con una actitud positiva o neutral hacia la LM

En general, las mujeres entrevistadas no mostraron un rechazo personal hacia ese comportamiento pero sintieron pudor a la hora de hacerlo ellas mismas. Por ello, muchas decidieron amamantar a su bebe a demanda, estuviesen donde estuviesen, pero consideraron más apropiado hacerlo de manera discreta, de forma que no fuesen muy visibles, en la línea de lo que opinaban las mujeres de otros contextos¹³⁷.

“...sí, lo hacía. Lo hacía y-y pero soy de las del “pañuelo,” quiero decir, lo hacía pero tapándome. No lo hacía-a a todo dar, ¡vamos! O sea, lo hacía pero con mis reticencias a: “este momento es mío” y me ponía pues una gasita por aquí encima y él mamaba” (215_P_NO_8M)

Coincidiendo con lo que sucede a mujeres en otros contextos, hay mujeres que sintieron preocupación en un principio por tener que lactar a demanda cuando se encontraban en un sitio público, pero coincidieron en que, con el tiempo, esa sensación disminuyó¹⁷²:

“...no, o sea, me da igual. Más al principio te da más-más reparo pero después ya, o sea ya...después de 15 meses con la otra y tal, ésta ahora no... osea no me da, no tengo problema...” (241_M_SI_3M)

También nos encontramos mujeres que consideraban el hecho de lactar en público como algo totalmente normal, quizá esto hizo que consiguiesen más fácilmente cumplir con sus expectativas, como le sucedió a estas dos madres:

“bueno, también depende del carácter, yo la verdad es que saco-o, no sé, si tengo que dar el pecho en un bar se lo doy, si tengo que...para mí eso no es nada negativo.” (172_P_SI_4M)

“...de hecho es que muchas veces vamos de paseo, y jolín, si le entra el hambre, pues le entra el hambre. Entonces, no sé cómo hago con el pañuelo que lo coloco tal y tal, lo pongo así (imita una postura de amamantamiento) y vamos andando, más despacito pero...Si estoy dando clase, llevo al peque, y si quiere teta pues le doy teta y si es en la tierra pues igual, no?. (228_P_SI_3M)

Para algunas mujeres ese pudor fue motivo suficiente para decantarse por una alimentación artificial¹⁷⁷. Es el caso de las mujeres con una actitud neutral hacia la LM.

“...y porque-e soy un poco pudorosa entonces sí que me iba a sentir un poco coaccionada a la hora de salir y de-e...” (91_P_SI_6M)

“no me gusta que me vean. A mí, eh! O sea, a mí no me importa ver a los demás. Pero a mí no me gusta que me vean. Yo me iría un momento al coche” (141_P_NO_12M)

“También depende de...si tú eres vergonzosa o no eres vergonzosa. Porque hay a quién no le importa darle el pecho en cualquier sitio. Yo en ese sentido sí que me veía más limitada...yo por ejemplo no-o me veía dándole el pecho en cualquier sitio, fuera de casa.” (227_P_NO_2M)

Algunas optaron por no salir de casa, excepto lo imprescindible, mientras lactaban al bebé, como es el caso de la siguiente mujer:

“...Pero siempre que iba a casa de mis suegros o a casa de mis padres, que era donde pude ir durante esos meses... pero siempre esta esa cuestión de: “pfff me voy a tener que desnudar aquí”” “yo creo que bueno...que la mayor parte de las personas que sí, que no es una circunstancia como, bueno...”me saco el anillo” no? Es una circunstancia de...bueno “voy a darle de lactar, me recojo un poco” no creo que sea totalmente natural por el momento” (136_P_NO_12M)

Según Azjen¹⁷⁸ el comportamiento de las mujeres no sólo está influenciado por su actitud hacia la lactancia en público sino por las normas sociales, es decir, lo que ellas perciben que la sociedad aprueba o no. En ese sentido, las participantes señalaban que a pesar de que a ellas les pareciese una práctica correcta, consideraban que podía parecerle mal a quien en ese momento las veía. Radzyninski¹⁶⁷ va más allá y sugiere que hay mujeres que utilizan la “excusa” de que no quieren incomodar a otros para legitimar su decisión de dar leche de fórmula en lugar de amamantar en público. Como es el caso de las siguientes mujeres, que, a pesar de querer dar LME, alimentaron a sus bebés con leche de fórmula:

“...yo por ejemplo cuando lo hice en la calle por ejemplo, le puse pero una especie de gasa pero a ver, no lo cubrí a él entero, o sea, lo cubrí, más bien me cubría yo por aquello de lo que hablamos, ¿no? De que habrá...si había gente que se sentía así incómoda, o lo que fuera, pues... disimuladamente, con tranquilidad..., no hacer una exhibición, ¿no?” (161-M_NO_8M)

“...y eso de dar el pecho fuera de casa, digamos...que te ponen un poco de trabas. Es decir, tu estas en un restaurante y ya por el hecho de amamantar al niño...a lo mejor es por...yo que sé...a ver cómo te lo explico...tú estás en una mesa, no? bien, pues el niño te pide de comer. Pues tú coges y sacas el pecho y le das, pues a lo mejor el de la mesa de al lado ya te protesta, ¿sabes?” (171_P_NO_5M)

“Yo es porque yo soy tímida y a mí me da vergüenza, pero a ver, yo tengo ido a restaurantes y ver a mujeres amamantar a sus hijos y no me parece nada del otro mundo, ni algo impuro ni nada de eso. Pero ¡vamos! Sí que tengo oído de gente a la que no le parece bien...” (227_P_NO_2M)

“...Que miran así como...:”esta chica debería de estar en su casa”” (141_P_NO_12M)

(2) Salas de lactancia como elemento facilitador de la LM

En general, las mujeres coincidieron en que las salas de lactancia son un elemento útil y facilitador de la LM.

“me parece útil si a lo mejor tu personalidad o tu forma de ver las cosas...yo que sé, si a una mamá no le gusta sacar el pecho en un bar o algo, pues me parece un sitio útil.” (172_P_SI_4M)

“Me parecen estupendas. Porque, a ver, habrá madres pues que se sientan un poco cohibidas, no? De hacerlo en público...si tú quieres una intimidad, o-o tu bebé pues se altera...o yo lo que sea, pues mira, me parece-me parece estupendo que lo haya....la verdad es que sí.” (161-M_NO_8m).

En general, igual que ocurrió con el grupo de madres positivas hacia la LM, las mujeres con una actitud neutral opinaron que las salas de lactancia son un elemento facilitador, aunque eran conscientes de que es un arma de doble filo ya que puede convertirse en un elemento discriminatorio y perpetuador de la falta de visualización de la LM.

“...a ver, por un lado me parece bien porque así tu estas más tranquila...y claro, pero por otro lado...es como si nos discriminaran, ¿sabes?” (171_P_NO_5M)

“Mmmm claro, puede pensarse que puede ser discriminatorio, el hecho de que si te dejan un huequito no te pongas aquí....pero bueno, yo creo que beneficia más de lo que perjudica a día de hoy” (136_P_NO_12M)

I.B. PRESIÓN

Existen diferentes formas de presión en la toma de decisión con respecto a la alimentación del RN. Por un lado, la mujer se ve sometida a una presión interna, motivada por la idea de que la LM equivale a ser una buena madre; por otro lado, los profesionales ejercen una presión basada en los beneficios de la LM, sin considerar otras dimensiones importantes para la mujer; y por último, existe una presión social, debido a la “cultura del biberón” que ha caracterizado a nuestra sociedad en las últimas décadas. Este tema está organizado en base a la información de la experiencia de las mujeres en tres categorías: *LM equivale a buena madre, autoridad médica y falsos mitos.*

I.B.1. LM EQUIVALE A “BUENA MADRE”

La creencia de que alimentar al bebé con LM y ser una “buena madre” o “tener instinto maternal” son conceptos equivalentes, estuvo presente en el discurso de muchas mujeres, independientemente de cuál fuera su actitud hacia la LM. Según Mazingo et al.¹⁷⁹ el concepto de “buena madre” es consecuencia de la visión de la maternidad que tienen las sociedades occidentales y se ve influenciado por las expectativas de las mujeres por alcanzar grandes logros en todos los aspectos de sus vidas.

(1) Potente motivador

Madres con una actitud positiva hacia la LM

Por un lado, para las madres que tenían una actitud positiva hacia la LM, esta visión supuso un potente motivador para decidir alimentar a sus hijos con LM y para intentar superar las posibles dificultades que podían encontrarse¹⁶⁶.

“...desde el momento en que los pediatras y todo el mundo te dicen que es lo mejor para ella, pues yo creo que eso es algo muy positivo, ¿no? Al final, jobá, quieres lo mejor para tu hijo. Supongo que eso nos pasará a todas” (172_P_SI_4M)

(2) LA equivale a “mala madre”

En ocasiones, fueron las propias madres las que, valiéndose de esa idea de “buena madre”, juzgaron a las que decidían alimentar a sus bebés con fórmula o a las que no luchaban tanto como ellas por mantener la LM.

Madres con una actitud positiva hacia la LM

*“...pero no lo dejé, tampoco lo dejé. Fue una cosa que creo que se debe de luchar por ello, no?”
“Ese sacrificio, pero como digo yo: “claro, es que no sé, es, esa llamada, ¿no? Es, como dicen, de madre, ¿no?” no sé, de proporcionar lo mejor.” (161-M_NO_8M)*

*“O sea, tienes la suerte de haber sido madre y...no sé, o sea....o sea, no. Y, no sé, no lo entiendo. No sé y esas cosas, o sea, como madre no las entiendo” O sea, porque vuelvo a repetir, le vuelves a proporcionar la mejor defensa a tu hijo....que ninguna leche del mercado va a tener”.
(161-M_NO_8M)*

*“...de hecho no puedo entender cómo hay gente que no quiere. A ver, tienes que intentar, que cada uno es libre, tiene muchos motivos pero no-o, me cuesta mucho entender que no haya-a, que haya gente que de primeras, sin tener ninguna...que ya tenga pensado no darle la teta”.
(241_M_SI_3M)*

Otras veces, fueron los profesionales los que juzgaron a las mujeres y visibilizaron esa “criminalización” que diferencia entre “buena madre” y “mala madre”:

“...me acuerdo de una (mujer en las clases de EM) que dijo que no y sí que es verdad que fue como un poco: fffffum! No es que nadie fuera contra ella....pero fue un poco en plan: “¿y por qué no le quieres dar? Pero a ver, di las razones y por qué tal, eh eh y a ver, vamos a hacer una ronda y una por una le vais a decir porque vosotras sí le queréis dar”....yo creo que la chica dijo: “¡socorro! ¿Para qué diría mi opinión?”...ahí sí que fue un poco... ¿sabes? sí que me parecen las clases muy bien desde el punto de vista de que sí que animan mucho a la lactancia, pero sí que es verdad que si tú no quieres sí que son unas clases en las que sí que te encuentras un poco fuera de lugar.” (215_P_NO_8M)

Coincidiendo con Nelson¹⁶⁸, tanto las mujeres que lactan como las que dan LA se ven obligadas a defender su elección mientras intentan establecer su identidad como madres, parejas y mujeres.

Madres con una actitud neutral hacia la LM

Siguiendo a Sheehan et al.¹⁷⁵ las mujeres fueron conscientes de que si decidían dar LA, podían provocar que los demás, tanto profesionales como allegados, creyesen que son “malas madres”. En general, las mujeres que tenían una actitud neutral hacia la LM consideraron que el discurso de los profesionales es muy pro-lactancia materna, sin tener en cuenta a la mujer como protagonista de esa decisión y juzgándolas si elegían dar a sus hijos leche de fórmula^{170,171}.

“... es como que-e-e, no sé, a lo mejor es una idea mía pero creo que si le das el biberón eres...no una mala madre pero-o como que ¿te preocupas menos por tu hijo?” “no sé, porque hoy en día también parece que, bueno, todo el mundo, los profesionales por lo menos que yo conozco, que-e: “dar el pecho, dar el pecho”. (227_P_NO_2M)

“y luego...mmm, cuando llegue allí y dije que dejaba la lactancia materna y que quería el biberón, aun tuve que escuchar de la enfermera: “ya no se te veía muy motivada” entonces dije: “mire, me callo por no contestarle mal” y cogí y me fui” (141_P_NO_12M)

Madres con una actitud positiva hacia la LA

El hecho de asociar LM con la mejor alimentación para el RN, implica que la LA no es lo mejor:

“Tratan solo la opción de darle el pecho como la opción que es. Que vale. Que tú alimentas mejor a tu hijo. ¿Sabes? es como si fuera la otra alimentación pobre. ¿Sabes lo que te digo? Sí, totalmente, sí.” (186_P_SI_18M)

“...Porque si tu escuchas que algo es bueno, algo es muy bueno, algo es muy beneficioso, algo te va a aportar defensas, algo te va a cubrir de catarras, algo te va a tal...la segunda opción que hay...ya es menos que esa.” (186_P_SI_18M)

“Es que la LM es el gold estándar, y la LA es una opción válida y respetable pero no es lo mejor. Yo creo que quizá el daño no está en decir que la LM es lo mejor sino en no hacer hincapié en que la LA es una opción respetable, y que ninguna madre es peor madre por decidir alimentar a su bebé con leche de fórmula” (DC_186)

“...y mi marido también lo dijo. Dice: es que me parece mal. Me parece mal porque tú vas a ser igual de madre que las demás porque le des el biberón o porque le des el pecho.” (186_P_SI_18M)

El discurso de los profesionales que asocia la LM con el vínculo materno filial llevaba implícito, según esta madre, que las mujeres que dan LA no fomentan este vínculo y son, por lo tanto, malas madres.

“...es que...es que lo vinculaban todo a eso...es que mi marido hasta me decía: “¡es que me parece hasta sectario!” es: run run run run y ese vínculo, y no sé qué, y tenerlo en el pecho y que mame de ti no sé qué...pues no, es que yo le daba biberón y es que... ¡es que tu das a luz y es tu hijo! Es que yo lo vi salir ahí morado con dos vueltas de cordón, que venía el pobre así con la cabeza así de la ventosa y es que ¡dios mío! es que es eso y nada más. O sea, lo que viene después son decisiones y-y-y cosas. Pero es que sí que lo llevan todo a eso (a la LM) sí, si de verdad que sí. Para mi forma de pensar, sí. Y mi marido a día de hoy piensa lo mismo. Es que lo llevan a una cosa que es...que las que le dais el biberón parece que es...parece que-que no, como que no lo quieres o que... ¿sabes? Y no, y para mí no. No.” (186_P_SI_18M)

“...porque te afecta es que...te dan de menos. Es como que tu hijo va a coger más catarros, lo-lo vas a alimentar peor...lo...no, no. Yo de hecho si tengo otro hijo no iría a las clases parto. No. Vinculan mucho a eso eh! No sé, no...no.” (186_P_SI_18M)

Como sucedía con las mujeres que tienen una actitud neutral, las mujeres con una actitud positiva hacia la LA, sintieron que las madres que tenían una opinión favorable a la LM las juzgaban como malas madres. Responsabilizaban de ello al discurso de los profesionales:

“Yo creo que las mamás que dan el pecho, no es que vean mal dar el biberón pero lo ven como: “le estas dando menos. Le estas dando una alimentación más baja” pero yo creo que es por lo que nos venden. Evidentemente. ¿Sabes?” (186_P_SI_18M)

“...Yo creo que las mamás que dan el pecho y que están muchos años dando el pecho...que hay mamás que están dos, tres, cuatro años, cinco están dando el pecho, que me parece estupendo. Yo creo que sí que piensan eso. Además que hay asociaciones de-de mamás que le dan el pecho y tal...yo creo que-que esa gente, lo piensa de verdad. Que las que damos biberón les estamos dando menos a nuestros hijos. Y no es así” (186_P_SI_18M)

“Porque yo aún...hace una semana una señora me dijo esto: “ay!, mi hija llega de trabajar y aún para la cena le da...a parte de lo que cena le da el pecho. ¿Tu sabes cuántos catarros le quita eso?” Y le dijo mi cuñada: “es que les hace genial” y yo dije: “pues yo le doy el biberón y estoy tan contenta” osa, que yo ni me hacen de menos, ni me hacen sentirme mal...para nada eh” (186_P_SI_18M)

“Yo porque paso de todo pero claro, va con la personalidad. Yo me considero una persona fuerte, de ideas claras y a mí lo que dice la gente es que me da igual. De hecho defiendiendo lo que yo pienso.” (186_P_SI_18M)

“La forma en que esta mujer se emociona cuando habla del daño que puede provocar el discurso pro-lactancia materna a las mujeres que se deciden por la LA y la forma en que parece ponerse a la defensiva, insistiendo en que ella no se siente mal, que ella es fuerte y defiende su decisión, hace pensar que en realidad sí se siente culpable. Se defiende insistiendo en que son los demás los que hacen que se sienta culpable”. (DC_186)

Se mostró muy firme cuando afirmó que los dos tipos de alimentación son exactamente iguales y reclamó que los profesionales sanitarios informaran de ello. Buscó que los profesionales sanitarios legitimasen su decisión.

“...y dejar claro, que es igual eh!, de buena. O sea, me parece super importante que un profesional te diga que el niño va a estar igual de alimentado. ¿Que la LM le puede dar más defensas? Vale, sí. Yo también lo pienso eh” yo también lo pienso eh!-yo también lo pienso...pero ¿que esta igual de alimentado? Por favor... ¿cómo no lo va a estar? ¿Sabes? A ver...no sé...lo tengo super claro-super claro...” (186_P_SI_18M)

El siguiente verbatim ejemplifica muy bien el daño que esta mujer consideraba que provocaba el discurso pro-lactancia materna:

“...mira, yo pienso que una chica que le quiera dar el pecho y no pueda, esta gente, este tipo de comentarios le puede hacer sentir fatal. Porque aparte es una mujer que quiso, no pudo y que le tiene que dar el biberón. Y esa persona no le tiene por qué dar explicaciones a las otras de que no pudo dárselo. Y sí que le pudo hacer sentirse...o entrar en una depresión... ¡yo que sé!” (186_P_SI_18M)

(3) Madres “radicales del pecho”

Madres con una actitud neutral hacia la LM

Como respuesta a esta etiqueta de “mala madre” referida a las mujeres que alimentaban a sus hijos con fórmula, surgieron comentarios como los siguientes, que interpretan las recomendaciones de las sociedades científicas como si fuesen algo “anormal” o “radical”:

Y es que, según Foster¹⁷², la opinión de las mujeres acerca del tiempo que planean amamantar no siempre coincide con lo que los profesionales de la salud o las sociedades científicas recomiendan. En su estudio, solo el 26% de las mujeres tenían pensado amamantar durante 6 meses o más. Por eso, muchas mujeres se refieren al hecho de amamantar durante dos años como “lactancias prolongadas” cuando, en realidad, es lo recomendado. Puede deberse a una falta de conocimientos sobre la duración óptima de la LM, como parece ser el caso de las siguientes mujeres, que tienen un nivel de conocimientos malo y regular, respectivamente.

“...y tenía muchas experiencias alrededor de amigas eh-eh radicales del pecho, del pecho hasta los dos años, que no comparto ni una parte ni la ot-o sea, ni ser radical a favor del pecho ni-ni a favor del biberón...”(91_P_SI_6M)

“no quería hacer una lactancia de estas prolongadas, que sé que dicen que hasta los dos años...” (227_P_NO_2M)

Madres con una actitud positiva hacia la LA

El comentario de esta mujer hace pensar que las madres que dan el pecho a sus bebés y están convencidas de los beneficios que esto les aporta, no están abiertas a otras opciones.

“...lo que pasa que las mamás que te hablan de la LM y abuelas, que dicen: “no, es que mi hija le da el pecho a día de hoy y tiene 4 años... ¿tú sabes cuantos catarros le quitó?” yo las miro y

digo: "bueno...pues el mío los tiene cada dos por tres, pues ¿qué le voy a hacer?" es que a mí me da igual ¿sabes? Es que para mí esa gente está así (hace un gesto como tapándose la mirada con las dos manos) y no ve más allá. Por eso que sí que te digo que sí que piensan que les damos de menos". (186_P_SI_18M)

"Insiste en decir que le dan igual los comentarios de la gente pero por la forma en que se pone a la defensiva y se emociona, se percibe que sufre con esos comentarios". (DC_186)

I.B.2. AUTORIDAD MÉDICA

Tanto las mujeres que tienen una actitud positiva hacia la LM como aquellas que la tienen neutral, en ocasiones se encontraron por parte de profesionales sanitarios con consejos contradictorios, que les llevó a tomar la decisión de suplementar a sus hijos por miedo a hacerlo mal y dejándose llevar por una especie de confianza ciega en los profesionales.

(1) Confianza ciega en los profesionales

Madres con una actitud positiva o neutral hacia la LM

"pero...bueno...pues como había presiones así de todos lados, pues nada: "me dejo guiar por la parte de sanidad y-y que sea lo que dios quiera" "Yo en aquel momento prefería haber oído: "espérate un poquito con la teta" pero...el médico yo entiendo que sabrá lo que tiene que decirme....claro!, nunca sabes hasta donde uno puede presionar..." (136_P_NO_12M)

Al contrario de lo que describen Lööf-Johanson et al.¹⁸⁰, las mujeres en lugar de seguir su instinto, hacen caso de las recomendaciones, aunque éstas sean contradictorias, independientemente del nivel de conocimientos que tengan, como fue el caso siguiente, con un buen nivel de conocimientos:

"claro, ellos se supone que son los especialistas, yo...no-o-o quiero decir, yo lo único que me podía apoyar era en mi instinto y en decir: "yo lo veo bien no creo que haya ningún problema". ¿Qué pasa? Que hacía lo que me mandaban porque digo: "son los especialistas, jobá, están con bebés todos los días, a mi si me dicen que le tengo que dar leche preparada...pues..." (215_P_NO_8M)

En palabras de Kronborg et al.¹⁷¹ el apoyo que necesitan las madres en esta fase de toma de decisión es que los profesionales acepten su preferencia por un tipo de alimentación u otra, ya que suele ser una decisión que toman después de haber considerado las diferentes opciones. Como se puede apreciar en el siguiente verbatim, resaltaban que deseaban que su opinión "inexperta" se tuviese en cuenta:

"...te dicen dentro de su rollo, ¿no? "Pues así..." o: "deberías hacer esto" "deberías, deberías, prueba, deberías" ¿no? A lo mejor es más escuchar a la persona, ¿no?: "¿tú cómo te sientes? ¿Qué es lo que tú quieres hacer?" nos preguntan poco, en general a las madres, creo" (228_P_SI_3M)

(2) Presión por alcanzar el percentil adecuado

La práctica de pesar a los bebés para comprobar su salud está ampliamente extendida. Esto, según Burns et al.¹⁶⁶ refuerza el miedo que la mujer tiene de no estar proporcionando la suficiente cantidad de leche al bebé. La idea que, desde el ámbito sanitario (pediatras) se transmite a las madres, es que el valor alcanzado en el percentil tiene un peso central en la valoración del crecimiento del RN. Ellas, en sus discursos, sobredimensionaron su significado negativamente.

“...De hecho pienso que muchas madres dejan la teta por los percentiles del pediatra. Pero muchas, por un mal asesoramiento”...y cogen y el pediatra, pues que no está en el 50, ¿no? (percentil 50) y ya empiezan a: “buf, ¿qué le das, teta? Pues hay que...” ya empiezan a suplementar. Son niños muy pequeños que, a la larga empiezan a meterles un biberón. Y hay muchos que se acostumbran al biberón y ya te dejan la teta. Y hay pero muchísimas madres que lo dejan por el percentil este... porque-e-e por no tener un buen asesoramiento.” (241_M_SI_3M)

Entonces claro, ellos me decían: “déjate de obsesionarte con el pecho, ya se lo darás en casa-ya se lo darás en casa, aquí tiene que alimentarse eh-eh y eso es lo primero y-y lo primero es que coja peso”” (215_P_NO_8M)

“...pero al final pues nada....el percentil 3 pudo conmigo.” (136_P_NO_12M)

“...cada vez que venía el pediatra...porque a parte, fue como a las cuatro primeras consultas era el tema de: “dale más biberón, este niño...le tienes que dar más leche y más biberón, porque si no, va a ingresar otra vez” y claro, (risa) ya había quedado en neonatos y claro, te vas a casa con el agobio y dices: “pues igual es verdad. Igual no lo estoy haciendo como lo tengo que hacer, y le tengo que dar más leche”...el primer mes no engordaba mucho, entonces la pediatra me decía: “dale biberón, estás insistiendo con el pecho, dale biberón”...pero bueno, yo decía: “le voy a dar el biberón, no vaya a ser, porque luego no va a engordar” y estaba hasta el punto de llevarlo a pesar a la farmacia a ver si tenía el peso suficiente para cuando yo tuviera la consulta con el pediatra, que no fuera el rollo de otra vez la...no bronca, sabes? pero te lo decía...terminaba como diciendo: “qué mala madre eres, te estoy diciendo que le des el biberón. El niño tiene que engordar más” porque engordaba pero...qué son, entre 20 y 40 gramos cada no sé cuánto? y el engordaba como 19-20...vamos! Que tampoco era una cosa....creo que eran diarios y era: “si no llega a estos gramos, pues mal” ¿cómo? Yo entiendo que cada niño es un mundo, ¿no?” (215_P_NO_8M)

“En esta mujer se detecta una presión por suplementar al bebé con biberón, incluso con amenazas del ingreso del RN. Sin embargo, nadie le ayuda con la LM, que es lo que ella desea” (DC_215)

I.B.3. FALSOS MITOS

Los falsos mitos de los que está impregnada la sociedad en lo que a la alimentación infantil se refiere, son un elemento en contra de la decisión libre e informada de la mujer. Aun habiendo tomado una decisión firme y teniendo un nivel de conocimientos bueno, existen momentos de

debilidad en los que esas ideas compartidas en el imaginario colectivo y presentes en la mentes de las mujeres afloran. Según Earle¹⁶⁵ es debido a un cierto escepticismo social sobre la capacidad innata de la mujer para amamantar.

(1) Leche insuficiente o “mala leche”

Madres con una actitud positiva hacia la LM

Los principales mitos entre las madres que tenían una actitud positiva hacia la LM fueron: la idea de que la mujer no tiene suficiente leche y que se produce un deterioro físico de la mujer al dar de lactar.

“...de miedo a, a que no se enganchara bien ahí, o en casa que-e-e, yo que sé, que no me llegara la leche...yo que sé. Todas esas cosas que te dicen tan amablemente a lo largo de todo el embarazo y que en algún momento, de bajón digamos, sí que-sí que hacen mella, ¿no?” (228_P_SI_3M)

“...yo voy al pediatra y oigo muchas veces: “es que no le sube la leche” e-e-e a todo el mundo le sube la leche. Creo que, no sé, que a lo mejor somos un poco incultos o-o no sé, ignorantes en ese sentido y que hay mucha gente aún que no, que aún no entiende, ¿sabes? Que a todo el mundo le sube la leche. Igual que lo de: “tengo mala leche” no tienes mala leche, tendrás una leche de otra manera pero...no sé, que nos falta mucho por aprender, en general, me parece a mí, pero bueno” (172_P_SI_4M)

(2) Deterioro físico de la mujer

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“Entonces yo sí que conozco-o-o...o-o lo de: “me van a caer los pechos” también lo he oído bastante o-o yo que sé, esas cosas” (172_P_SI_4M)

Madres con una actitud positiva hacia la LA

A pesar de que afirmaba que ese no había sido el motivo para no alimentar a su bebé con LM, la siguiente mujer consideró que el amamantamiento provoca un deterioro físico de la mujer, una creencia extendida desde tiempos históricos⁷:

“...No porque me fuera a quedar mal el pecho, ni porque tuviera yo un trauma después...porque no tengo nada (de pecho) y en nada me iba a quedar...” (186_P_SI_18M)

(3) Revivir la experiencia materna

Madres con una actitud neutral hacia la LM

En el caso de las mujeres con una actitud neutral hacia la LM el mito que se recogió fue pensar que las experiencias se heredaban de madres a hijas o entre hermanas. De manera que si una

madre o hermana tenía una experiencia traumática con respecto a la LM, su hija también la tendría.

“mi madre me decía: “no vas a tener leche, porque yo no tuve” (211_M_SI_8M)

Las experiencias de las participantes en lo relativo a la “toma de decisión” nos informaron de tres realidades. Podemos describir:

1) Mujeres que habían tomado una decisión firme

Nos encontramos con mujeres que habían tomado una decisión firme sobre cómo alimentarán a sus bebés, tanto si decidían hacerlo con LM o con LA. En estos casos, fueron mujeres en las que la decisión que habían tomado en la etapa prenatal coincidió con lo que llevaron a cabo. En definitiva, hicieron lo que tenían intención de hacer. Son mujeres con una actitud muy posicionada, en unos casos fue una actitud muy positiva hacia la LM y en otros, positiva hacia la LA.

“...en realidad creo que nunca pensé otra opción que no fuese esa (la LM)” (228_P_SI_3M)

“psss es que...de siempre, de las dos, sí-sí. O sea eso lo tuve muy claro eh! aunque me agobiara mucho de la otra vez es que...no, lo tenía muy claro. Además que era una cosa que me preocupaba, es decir, que no me cogiera bien el pecho, que fuera todo bien, que no tuviera problemas con el frenillo...bueno, fue un tema que me...que quería darle la teta, vamos!” (241_M_SI_3M)

“Yo siempre tuve claro que le iba a dar leche artificial. Siempre” (186_P_SI_18M)

2) Mujeres que construyeron la decisión durante la gestación

Estas mujeres habían tomado una decisión al principio del embarazo, sin embargo la cambiaron a lo largo de la gestación. Cuando esto ocurre, tal y como apunta Radzyminski¹⁶⁷, suele ser por los conocimientos que adquieren durante la gestación o por la influencia de otras mujeres. Tal fue el caso de la siguiente mujer, que poseía un buen nivel de conocimientos, según los resultados cuantitativos (12 puntos sobre 14):

“...al principio sí (quería darle LA), pero luego fui cambiando de opinión, cuando cubrí el papel ese-e-e (la encuesta) y luego dije: “bueno, pues mira, pues le doy 4 meses” cambié de opinión y dije: “pues le doy 4 meses y después, pues que tome el biberón” (141_P_NO_12M)

Estas mujeres suelen estar abiertas a la información que proviene de profesionales y de personas cercanas. Es importante que los profesionales aprovechemos esa buena disposición para incidir, no sólo en los conocimientos de la mujer, sino también en su actitud, que suele ser neutral. Se trata de empoderar a la mujer para que tome una decisión firme. De otra

forma, puede decantarse por la LM pero cambiar de opinión si surgen pequeñas dificultades, como fue el caso de esta mujer.

3) Mujeres con un discurso contradictorio

Son mujeres que, a pesar de expresar que tenían claro que deseaban dar LA, en su discurso se detectaban ciertas contradicciones que hacían pensar en que no habían tomado una decisión firme, que tenían dudas. Cabe plantearse, si estas dudas están fundadas por el discurso pro-lactancia materna que asocia el amamantamiento al vínculo materno-filial y a la idea de buena madre comentados previamente. De ser así, estas mujeres podrían ver mermada su autoestima al no sentir esa sensación instintiva, que parece que deberían tener.

“...desde el principio, durante el embarazo tenía pensado darle biberón. Nunca cerré la puerta al pecho porque no sabía si en el momento de dar a luz, pues se me iba a despertar el instinto. Entonces en el piel con piel me dijeron: “tenlo en el pecho y tal”...el niño estaba frito, ni se pegó al pecho, yo lo puse, ni chupaba y-y-y cuando subimos a la habitación me preguntaron y ya dije que: “lactancia artificial” (91_P_SI_6M)

“B: “esta-a-a-a aun lo dude eh! ésta cuando nació aun la puse en el pecho eh! pero dije: “no-no, el biberón”

A: sin embargo, en la encuesta nos pusiste que querías darle biberón (solapamiento)

B: biberón, sí. Pero nació y la puse en el pecho

A: y ¿qué te hizo, en ese momento ponerla al pecho?

B: no lo sé, no lo sé....

A: ¿dirías que fue un instinto?

B: sí, lloraba....lloraba mucho y la puse en el pecho...pero tan pronto me trajeron el biberón, ya la quité

A: ¿cuando la pusiste al pecho ya habías comentado que querías biberón?

B: sí-sí

A: y en el hospital...eh-eh bueno, no sé si alguien, si alguna matrona, enfermera...supo que habías intentado ponerla al pecho...

B: sí, le dije si podía ponerla y me dijeron que sí, claro, que por supuesto. Me dijeron: “ponla, ponla a ver si te animas a... ¿sabes? Ellas me incitaban a-a ponerla...pero yo ya tenía muy claro que quería biberón” (211_M_SI_8M)



Figura 3.2: Segundo eje analítico central “Experiencia vivida”. Abreviaturas: LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna.

II. EXPERIENCIA VIVIDA

El segundo eje analítico, la experiencia vivida se caracteriza por un amplio rango de emociones y sentimientos, tanto positivos como negativos, incluso en aquellas madres que logran su objetivo inicial¹⁷¹. La descripción de las experiencias se centra en las expectativas que tenían las mujeres; las dificultades que se encontraron; cómo esas dificultades supusieron el cese de la LM en algunos casos y en otros las mujeres siguieron adelante; y su vivencia acerca del apoyo que recibieron durante el proceso^{171,181,182}.

Dentro de este eje se identificaron 3 temas: *sentimientos percibidos, dificultades encontradas y apoyo necesario*.

A continuación se describen los temas con las categorías y códigos incluidos en cada uno de ellos:

II.A. SENTIMIENTOS PERCIBIDOS

Cuando las mujeres describían su experiencia, en sus discursos se veía reflejado que la LM no fue necesariamente sencilla, sino demandante y que requiere perseverancia. El conocimiento de los beneficios de la LM y la asociación entre LM y ser una buena madre pueden estar relacionados con los sentimientos de culpa y fallo que las mujeres experimentan cuando sienten la necesidad de destetar al bebé¹⁶⁶. No encontramos diferencias según la actitud de las mujeres hacia la LM, de manera que aquellas madres con una actitud positiva expresaban menos sentimientos negativos e incluso algunos positivos hacia la LM, mientras que aquellas con una actitud neutral o positiva hacia la LA centraban su discurso en los sentimientos negativos.

II.A.1. SENTIMIENTOS POSITIVOS

(1) *Vínculo positivo*

Madres con una actitud positiva hacia la LM

La relación especial que se genera entre madre e hijo a través de la LM surge también en la experiencia de las mujeres^{167,172}. Son mujeres que disfrutaron con la relación especial que se generó entre madre e hijo a través de la LM¹⁶⁶. Es importante resaltar que este concepto no apareció en los discursos de mujeres con una actitud neutral ni en aquellas con una actitud positiva hacia la LA a pesar de que alimentaran a sus hijos con LM.

“Las sensaciones que tienes en el cuerpo, antes, durante y después de dar el pecho...es maravilloso todo ello.” (228_P_SI_3M)

“...el contacto de-de esa piel con piel. O sea, ese contacto que podemos tener...” (161-M_NO_8M)

“...yo creo que para mí es un vínculo muy importante. Porque a ver, el biberón, yo siempre digo: “se lo puede dar la abuela, se lo puede dar papá” pero la teta se la das tú. Y es un momento super bonito, ¿no? Entre tú y ella” (172_P_SI_4M)

“Y aún encima el vínculo que es. Ya no es sólo lo que es el producto, ¿no? es super chulo y verlo calmado porque aparte, a lo mejor está llorando y lo acercas al pecho y ya se calma...es como si él ya notara la energía, vamos...” (215_P_NO_8M)

II.A.2. SENTIMIENTOS NEGATIVOS

Se experimentan una serie de sentimientos negativos, que difieren según su actitud hacia la LM, siendo más frecuentes en las mujeres con una actitud neutral hacia la LM o positiva hacia la LA. En consonancia con otros estudios¹⁷², estos sentimientos son experimentados con más frecuencia por las mujeres que no alcanzaron sus expectativas en la alimentación del bebé, o cuando no obtuvieron el apoyo que necesitaban¹⁸³.

(1) Vínculo negativo

Madres con una actitud neutral hacia la LM

Mención especial merece el sentimiento descrito como “vínculo negativo”. Y es que, en ocasiones, la LM produce un vínculo tan fuerte entre madre e hijo que provoca que la gestión de la separación cuando la madre se incorporaba al mundo laboral fuese más difícil y madre e hijo sufran más. Estas mujeres tenían la convicción de que el vínculo entre madre e hijo es algo positivo y era mayor si la mujer amamanta. Posteriormente, su experiencia hizo que viesen aspectos negativos dentro de ese vínculo.

“Justo lo vi dañino el primer día que empecé a trabajar. Porque yo me sentía tan tan tan tan unida a la niña y aquello era tan tan tan tan fantástico y tan feliz que el día que yo ya decidí no darle teta y ella me la pedía...bueno...fue fatal... y-y el día antes de venir a incorporarme al trabajo fue fatal. Porque yo no podía despegarme de la niña y aquello iba a ser....pq yo me la imaginaba a ella pues...sin el abracito de la madre y esas cosas....y la... bueno, era una pasada. Y justo el día que empecé a trabajar yo creo que ya venía en el coche y yo decía: “pfff, esto no es tan malo, hay que separarse, también, ¿no?” entonces en ese momento empecé a pensar: “a ver si lo de la lactancia puede llegar hasta a ser dañino, en este sentido”. “el vínculo que se genera...en, fíjate que a veces, hacia el final llegué a pensar si sería dañino...el gran vínculo que se genera” (136_P_NO_12M)

“¿Realmente lo pasarán peor con la separación los niños y madres de LM que aquellos alimentados con LA? ¿Acaso los bebés alimentados con LA no tienen la misma necesidad

afectiva de estar con su madre? ¿Si una madre que da el biberón a su hijo lo diese siempre ella y no delegase la función en otros, la separación sería igual de difícil que si le diese LM? ¿Dónde está la diferencia? ¿En la alimentación que se proporciona o en la manera de hacerlo?” (DC_136)

La sensación de que, al generarse mayor vínculo entre madre e hijo por el hecho de amamantarlo, podía provocar más sufrimiento al tener que separarse de él, se anticipa en esta mujer, que decide alimentarlo con LA:

“Sí, porque llega un momento que piensas que a la hora de volver a trabajar, a mí por ejemplo si le diera el pecho me daría pena por ejemplo dejar de darle el pecho. Y ahora pues el biberón, ¿sabes? No me da pena, porque queda con...Pero por las mañanas, si la tuviera que dejar con alguien...ya le dejo el biberón y listo, ¿no?” (211_M_SI_8M)

“Si la única razón para decidir no amamantar fuese esta, esta mujer sería candidata a explicarle en qué consiste la lactancia diferida, para utilizarla cuando se incorporase a trabajar...” (DC_211)

(2) Vínculo sobrevalorado

Incluso, como se puede ver en los siguientes verbatim, el concepto de “vínculo” podría estar sobrevalorado, ya que, según las mujeres, no es atribuible únicamente a la LM.

Madres con una actitud neutral hacia la LM

A diferencia del código anterior “vínculo afectivo negativo”, los discursos en los que aparecía el vínculo sobrevalorado, pertenecían a mujeres que presentaban una actitud neutral y que creían que la relación entre madre e hijo iba mucho más allá de la alimentación e incluso culpaban a los profesionales de utilizar ese concepto como una medida de persuasión para la LM.

“pero-pero lo de por ejemplo el vínculo no, ¿sabes? Eso sí que lo veo más, más sobrevalorado. No porque la tengas seguido en el pecho te va a querer más o menos. Yo pienso que a ver...que es lo que me refería en ese sentido que...hay gente que piensa que eres mejor madre por darle el pecho porque estás más pegada al bebé... ¡que es mi hija! No lo sé. Es que-e-e la llevé en el vientre mucho tiempo y eso-o-o... claro, es lo primero. Pero yo puedo estar pegada a ella y tener un biberón en la mano” (211_M_SI_8M)

“...hombre, a lo mejor, vincular igual-igual no porque si le das el pecho la cara del niño está mirando hacia ti. En cambio sí le das el biberón está mirando para...pero bueno, para vincular también están los juegos y todo eso...a lo mejor no vinculas de la misma-a-a, ¿sabes? De la misma forma. Pero yo creo que también, con el bibe también hay vínculo” (171_P_NO_5M)

“yo creo que no. Que no te pierdes el placer más grande eh! porque bueno, vale, le das el biberón y todo eso, pero es mucho más. Yo creo que es mucho más importante que te dejen estar más tiempo con tu hijo. O sea, que no tengas que ir a trabajar tan pronto” (141_P_NO_12M)

Madres con una actitud positiva hacia la LA

Para esta mujer, el vínculo entre madre e hijo está sobrevalorado debido al planteamiento que se realizaba en las clases de EM sobre la LM:

“Porque todo lo llevan a la madre con el bebé-la madre con el bebé y la madre con el bebé... es lo que dicen y lo que quieren transmitir. Yo no sé si es para convencer que le des (LM) ¿sabes? No lo sé. Pero es que para mí, o sea, mi hijo me ve a mí y ve a su padre y es la misma reacción.” (186_P_SI_18M)

(3) Emociones

En el discurso de las mujeres se detectan una serie de emociones negativas.

Madres con una actitud positiva hacia la LM

La **desesperación** es fruto del cansancio y la lucha contra las potenciales dificultades. Tal y como apuntan Hauck et al.¹⁸³ el cansancio físico deriva también en cansancio emocional. A pesar de tener una actitud positiva hacia la LM, la gran demanda del RN provoca, en ocasiones, desesperación, como se puede apreciar en el siguiente verbatim:

“...pero me llegué a agobiar eh. Le di hasta los 15 meses y...a ver, me agobiaba...” (241_M_SI_3M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

Las madres con una actitud neutral hacia la LM expresaban haber experimentado más emociones negativas que las madres con una actitud positiva. Nuevamente surge la **desesperación**:

“Entonces bueno, llegados hasta tal punto de que había momentos de que lloraba la niña y yo decía: “bueno, como lloro de hambre, lloro yo también”” (136_P_NO_12M)

“...entonces, se te cae el mundo...que dices tú: “no puedo más”” (171_P_NO_5M)

Pero también la frustración, por no conseguir lo que deseaban:

“por querer y no poder y porque parece ser que cuando ya no quieres pues eeeee a lo mejor a la niña aun le sigue apeteciendo...” “...la viví mal e-e porque-e me agobí un montón porque parecía que no funcionaba. Yo quería que funcionara lo de la lactancia-a materna.” (136_P_NO_12M)

Y la **culpa**, cuando las madres se veían desbordadas y sentían que tenían que destetar al bebé y dejar de darle lo que se supone que es lo mejor¹⁶⁶. Algunas, según apuntan Mozingo et al.¹⁷⁹ al principio sienten una sensación de alivio, sin embargo, posteriormente se sienten culpables, tanto por haberse rendido como por sentirse aliviadas por ello:

“...Al principio me sentía culpable. Sí-sí, interiormente me sentía culpable porque yo le quería dar el pecho y sentía como que-e-e...a ver... que sé que sí, que se va a criar igual pero a ver, no sé, tenía la idea de darle el pecho y el tema de que sabes que la leche materna es mejor y-y me sentí un poco frustrada en ese sentido. Pero bueno, ahora lo voy aceptando, es así y es así, ¿qué le voy a hacer? a ver... Por eso, a ver, yo me sentía culpable por mí, porque me siento un poco culpable, yo lo reconozco porque...hoy, a ver... es como que-e-e, no sé, a lo mejor es una idea mía pero creo que si le das el biberón eres...no una mala madre pero-o como que ¿te preocupas menos por tu hijo?” (227_P_NO_2M)

“En el discurso de esta madre subyace la idea de LA= mala madre” (DC_227)

En ocasiones, el sentimiento de culpabilidad surgió por haber tirado la toalla y no luchar lo suficiente¹⁶⁶. En el siguiente verbatim se puede apreciar un leve arrepentimiento por no haber solicitado la ayuda que necesitaba.

“...pero bueno, que-que es difícil. Si se lo quieres dar y le cuesta, y te empiezas a encontrar con complicaciones...te puedes llegar a sentir mal. No sé, en ese aspecto a lo mejor sí que... tienes que buscar más...un apoyo que a lo mejor yo tampoco busqué” (227_P_NO_2M)

“Esta mujer conocía a su matrona, había ido a clases de EM y estaba muy contenta con su matrona. Sin embargo, en el posparto no solicitó su ayuda...da la impresión de que no lo hizo por agotamiento emocional ya que se aprecia tristeza en su discurso” (DC_227).

II.B. DIFICULTADES ENCONTRADAS

Durante la estancia hospitalaria y los primeros días y semanas en casa muchas madres se sintieron inseguras y sorprendidas por la nueva situación que estaban viviendo¹⁷¹. Pueden experimentar una serie de dificultades. Por un lado, podemos distinguir las dificultades inherentes a la mujer, como las derivadas de la técnica de amamantamiento, la inseguridad de estar alimentando correctamente al bebé, así como la percepción de sorpresa al tratarse de un proceso desconocido que preveían más sencillo¹⁶⁶. Por otro lado, las circunstancias pueden hacer que algunas madres experimenten dificultades situacionales derivadas, por ejemplo, de la necesidad de ingreso del RN en una unidad neonatal, lo que se suma a las dificultades anteriormente citadas. Con el paso de los meses, las mujeres que se reincorporan al mundo laboral se encuentran con la ardua tarea de conciliar el trabajo con la maternidad. Hemos dividido este amplio tema en dos categorías: las dificultades inherentes a la mujer, en la que se incluyen las subcategorías “dificultades técnicas”, “temores” y “falsas expectativas” y las dificultades situacionales, que incluye las subcategorías “experiencia en una Unidad neonatal” y “conciliación de la vida laboral y LM”.

II.B.1. DIFICULTADES INHERENTES A LA MUJER

II.B.1.1. DIFICULTADES TÉCNICAS

(1) Dolor de pezón

Madres con una actitud positiva hacia la LM

Como dificultad técnica principal, las mujeres refirieron el dolor de pezón, algo que, en muchos casos sucedió ya antes del alta hospitalaria^{166,177,181}. En ello coincidieron las madres que tenían una actitud positiva hacia la LM como aquellas que tenían una actitud neutral.

“Al principio, e-e bueno, a mí me empezaron a doler sobretodo...no recuerdo, creo que fue el pecho izquierdo. Me empezó a doler ya en el hospital.” (172_P_SI_4M)

“...al principio cuando no agarraba bien, eh-eh duele un poco, ¿sabes? Cuando es muy bebé que a lo mejor no agarra lo suficientemente bien y empieza a hacer... ¿no sabes? No grietas, no llegué ni a sangrar ni a tener dolor. Usé la purelán al principio. Pero sí que-e al no agarrar bien al principio, me dolía un poco. Pero fue en el hospital y la primera semana, o sea porque te queda-a-a, no, todavía no-o, es muy pequeña y no agarraba bien, no habría suficientemente la boca” (241_M_SI_3M)

(2) Resignación ante el dolor

Madres con una actitud neutral hacia la LM

Es una dificultad que sucede con tanta frecuencia que de hecho, hay mujeres que lo asumieron casi como normal¹⁷¹ y creían que hay que pasarlo sin buscar ayuda, lo que provocó complicaciones posteriores derivadas de un mal agarre del RN. Esto es importante tenerlo en cuenta a la hora de transmitirle a las mujeres que la succión del bebé no debe doler, y si duele es necesario pedir ayuda.

“...tener que pasar el dolor, bueno, pues si lo hay que pasar...pues por una mala colocación o por una circunstancia particular bueno, pues se pasa...y muchas otras cosas te producen dolor físico en la vida: un dolor de muelas o un dolor de cabeza y no pasa nada....el dolor no es importante” (142_P_NO_11M)

II.B.1.2. TEMORES

El temor o preocupación por no saber si el bebé come lo suficiente cuando es alimentado al pecho o por la producción suficiente de leche es algo que se repite a lo largo de los estudios^{171,181} y también está presente en el discurso de nuestras mujeres, independientemente de que su actitud hacia la LM (positiva o neutral). Este miedo es, generalmente, provocado por una falta de autoestima de la madre y de confianza tanto en su cuerpo como en el bebé¹⁶⁶, que es necesario trabajar desde antes del nacimiento. A veces,

incluso un pequeño comentario por parte de un profesional sanitario acerca del peso insuficiente del bebé puede dañar la autoestima de la madre y hacer que ésta no vuelva a confiar en su capacidad de amamantar¹⁷¹.

(1) temor a no tener suficiente leche

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“sí, él se enganchaba, lo que pasa es que no-no yo generaba. Yo no generé cantidad de leche. No fui una mamá productora” (161_M_NO_8M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“Pero bueno, es que...a lo mejor yo no sé si iba a tener-r-r para darle solo leche. Visto hoy por hoy el tema, no sé si iba a tener para darle solo leche, de todas formas. Pero no sé, igual también es una idea” (227_P_NO_2M)

(2) temor de no saber qué cantidad está comiendo el bebé

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...porque claro, tú la pones al pecho pero claro, realmente, yo soy primeriza y no sabes... ella, por ejemplo, en cinco minutos comía. Entonces yo decía: “no creo que le llegue”. Después dormía tres o cuatro horas, y yo: “bueno”. E-e todo es una duda, al final todo es una duda” (172_P_SI_4M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“...eh-eh primero pecho y después...es que no sabías exactamente lo que comía en el pecho entonces le metíamos el biberón detrás...” (171_P_NO_5M)

Según podemos observar en el siguiente verbatim, esta mujer se anticipó a ese miedo y eso supuso un motivo más para inclinarse por la leche de fórmula.

“que sé lo que come, sobretodo. Que lo tengo controlado. Esa es una ventaja. Yo, saber lo que come, para mí...porque me pasa si no come un día estoy: “y ¿por qué no come? Y claro, ¿y porque llora? ¿Tendrá hambre? ¿Tendrá...? Y con el biberón, más o menos sé lo que come. Podrá llorar...por hambre, por... yo es la ventaja que más le veo al biberón. Yo el miedo que tenía era que-que tuviera hambre ella” (211_M_SI_8M)

Este código está muy relacionado con la interpretación que realizaron algunas madres del concepto “bebé saciado” como algo positivo. El bebé está tranquilo, y “aguanta”. Esto puede derivar de la relación del llanto del bebé con hambre, interpretado como algo negativo en lugar de considerarlo una forma de comunicación.

“...bien porque, te aguanta, ahora le subí a 180 (cc) entonces ahora aguanta esas 4 horas y de lo contrario...” (171_P_NO_5M)

*“Comía cada menos tiempo que ahora, claro, aguantaba menos que con el biberón, no?”
(227_P_NO_2M)*

(3) Miedo al dolor

Madres con una actitud neutral hacia la LM

Tal y como apunta Radzysinski¹⁶⁷ algunas madres que eligen LA comentan que lo hacen porque quieren evitar el dolor que asocian con la LM. En general, y como se observó en el comentario siguiente, es una opinión formada por la experiencia, bien una experiencia anterior propia desagradable o de personas cercanas que lo han pasado mal:

*“...porque yo vi...tengo hermanas y les vi dar el pecho y...sufrieron mucho, y fue por miedo, más que nada, miedo...eh-eh una se le agrietaron los pezones, sangrando...lo pasó fatal, vamos”
(211_M_SI_8M)*

Madres con una actitud positiva hacia la LA

La siguiente mujer refirió tener el pecho muy sensible y temió que la LM le resultase desagradable, lo que parece que influyó en su inclinación hacia la LA. Esto concuerda el estudio de Smith¹⁶¹, en el que las mujeres citan como la segunda razón más común para elegir la LA el discomfort con la LM, tanto físico como mental.

“Yo tengo un problema de sensibilidad horrible. O sea, a mí ya, la ropa es que me molesta. Entonces yo digo: “es que pensar que-e-e lo voy a tener ahí...es que...ya me causaba como un poquito de agobio... ¿sabes?” (186_P_SI_18M)

“yo tengo una sensibilidad que es que de verdad que lo paso mal pq tengo el pezón enorme. Tengo muy poco pecho con mucho pezón. Los tengo para fuera siempre...o sea, es que el roce a mí me molesta. Entonces no quería ni plantearme bufff ya grietas, no sé qué...ya me echó mucho para atrás.” (186_P_SI_18M)

“Mientras comenta esto, se percibe un gesto desagradable, como de rechazo a la succión del RN, lo que puede estar influenciado también por un falso mito de que la LM duele. Es más, en el siguiente verbatim, la misma mujer parece tener miedo de que el niño se enganche al pecho, llevado por el reflejo de succión con el que nace, y por ello pide que le traigan rápidamente un biberón, a pesar de que ella recalca que lo que no quiere es que el bebé pase hambre” (DC_186)

Según algunos autores, el discomfort materno podría influir negativamente en el bebé^{165,175}.

*“...Y después en el hospital yo dije: “yo quiero...o sea, alimentación artificial” me trajeron el biberón, de hecho el niño me buscaba, cuando nació y tal me buscaba y yo timbré y les dije: “me traéis un biberón ¡ya! Porque es que el niño tiene hambre, ¿sabes?” o sea, dame el biberón.”
(186_P_SI_18M)*

“La actitud que muestra esta mujer cuando pide el biberón denota miedo o dudas sobre el personal sanitario. Es como si pensase que van a intentar convencerla de que es mejor que le dé el pecho...” (DC_186)

II.B.1.3. FALSAS EXPECTATIVAS

Las mujeres se sienten sorprendidas con aspectos que no esperaban al imaginarse cómo iba a ser la LM, lo que concuerda con otros estudios, tanto en contextos similares¹⁷⁷, como en otros contextos^{167,179,166,183}. Según ellas, la LM es más demandante y exigente de lo que se habían imaginado llegando, incluso a verla como un sacrificio. Se ven sorprendidas por un conflicto entre sus expectativas y la realidad con la que se encuentran¹⁷⁹. Esto es debido, según ellas, tanto a unas ideas preconcebidas como a haber recibido una información poco realista en la etapa prenatal. Reclaman que se les “vende” una LM idealizada que no corresponde con la realidad. Coincidiendo con Graffy et al.¹⁸² las mujeres sienten que no están preparadas para la “realidad de la LM”. En esta subcategoría sólo están incluidas mujeres con una actitud neutral hacia la LM. Ninguna mujer con una actitud positiva ha expresado sorpresa por sentir que la experiencia no concordaba con lo que habían imaginado. Cabe plantearse si quizá lo que para unas mujeres supone un sacrificio para otras forma parte del constructo de maternidad que poseen. Los verbatimims que se presentan a continuación pertenecen a mujeres con un nivel de conocimientos bajos (regulares o malos) y que no han visto sus expectativas cumplidas, lo que hace pensar que quizá el malestar provocado por las falsas expectativas se podría evitar mejorando la información que se le proporciona a la mujer.

(1) Gran demanda

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“...claro, porque estás...a disposición ahí 24 horas. Pero bueno...a ver, es mucho tiempo. Sí que es verdad que es mucho más exigente, a lo mejor, que el biberón, por lo que...de tiempo, no?...eh-eh a ver, más o menos...mmm tenía cierta idea pero bueno, sí que es verdad que siempre es más exigente que lo que en teoría...te cuentan, claro. Tú puedes pensar que es exigente, bueno, sí, es exigente, pero-o-o claro, luego hay que vivirlo. Sobre todo al principio es muy exigente” (142_P_NO_11M)

La siguiente mujer, a pesar de no experimentar la LM, se anticipó y la imaginó como un sacrificio hasta el punto de compadecerse de las madres que lactan:

“...digo: “ay, mira, pobriña. Está ahí la pobre dándole el pecho con lo cómodo que es el biberón” (risa)” (211_M_SI_8M)

(2) Sacrificio

Madres con una actitud neutral hacia la LM

La expresión “traté de aguantar” que apareció en el siguiente verbatim, sugiere un sacrificio, que surge también en el estudio de Kronborg et al.¹⁷¹.

“...Pero bueno...con todas, yo traté de aguantar (la LM) por lo menos el tiempo que estuve de baja.” (136_P_NO_12M)

(3) Ideas preconcebidas

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“...bueno...claro, e-e-e yo no me imaginaba que fuera tan difícil, obviamente. Yo creo que la lactancia no es tan complicada como la viví yo.” (136_P_NO_12M)

“...el tema del pecho es más complicado de lo que me parecía...sí, porque a ver, tienes ahí la idea de que es tan natural y debería ser fácil. A ver, fácil es si todo va bien” (227_P_NO_2M)

“...Pero no sabía lo difícil que era que el niño enganchara...” (171_P_NO_5M)

(4) Información previa poco realista

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“Ahora, yo creo que sí, a lo mejor, en...te lo venden como-o-o, claro! Te lo venden un poco-o-o idealizado, en el previo eh! deberían decirte: “está muy bien, lo bueno es esto, esto, esto y esto” pero: “vas a tener que: estar constantemente, 24 horas disponible, como quien dice” deberían decirte que no es tan bonito todo, claro” (142_P_NO_11M)

II.B.2. DIFICULTADES SITUACIONALES DE LA MUJER

Existen otro tipo de dificultades, que podemos llamar “situacionales” que se refieren a circunstancias ajenas a la mujer. Nos referimos a situaciones como el ingreso del bebé en una unidad de neonatos o en una unidad de cuidados intensivos o debido a la conciliación de la vida familiar y laboral.

II.B.2.1 EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD NEONATAL

En general, las mujeres que han tenido a su bebé ingresado tienen experiencias negativas, independientemente de cuál sea su actitud hacia la LM. Los sentimientos negativos expuestos anteriormente, como la desesperación y la frustración se acentúan al sumarse el ingreso del RN, que supone en sí mismo una dificultad.

A pesar de las recomendaciones de las sociedades científicas acerca de la necesidad de administrar la LM a demanda, en muchas unidades neonatales no se permite el acceso de la

madre las 24 horas del día y se pautan tomas al bebé cada tres horas, lo que dificulta la instauración de la LME.

Tal y como indican Björk et al.¹⁸⁴ es importante que el personal les explique a las mujeres la importancia de la extracción de calostro con sacaleches, que es normal que sólo sean unas gotitas, tanto para la estimulación del pecho como para poder proporcionarle al bebé los beneficios de esa primera leche.

Las mujeres describieron también una serie de prácticas no basadas en la evidencia en estas unidades, como la pesada del bebé antes y después de la toma. Este tipo de prácticas puede provocar que la madre confíe más en las escalas y la báscula que en su propia capacidad para amamantar¹⁸⁴. La reacción de la madre ante esos comportamientos puede estar influenciada también por sus conocimientos, como sucedió con algunas mujeres, con un nivel de conocimientos buenos, que parecen no verse influenciadas.

A menudo, las salas de lactancia son lugares pequeños y con poca intimidad para la madre y el bebé¹⁸⁴.

Nuevamente surge el concepto de “contradicciones entre el personal” esta vez, no como una forma de presión en la toma de decisión sino como una experiencia negativa en la vivencia, sobre todo durante la hospitalización^{171,181}. El hecho de recibir consejos contradictorios por parte de los diferentes profesionales ocasiona, según Belintxon-Martín¹⁷⁷ más incertidumbre, sobre todo en aquellas madres más inseguras, que no se encuentran en condiciones de elegir entre varias opciones de consejos^{171,181}.

Las dificultades que experimentaron las madres que tenían una actitud positiva hacia la LM se centraron tanto en lo que respecta a las normas de la unidad, a las instalaciones, al personal y a las prácticas hospitalarias, en ocasiones no basadas en la evidencia científica. En el caso de las mujeres con una actitud neutral, las dificultades se centraron únicamente en las normas de la unidad y en el personal.

(1) Normas de la unidad

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...y, bueno, como tenía que ir cada tres horas y así, era un poco más complicado, en ese sentido, ¿no? Que tienes que ir cada x tiempo” (228_P_SI_3M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“Y... nada, entonces a ver, empecé así, un poco a cada tres horas como me decían ellas. Por la noche no, por la noche más bien era suplemento de esta... hidrolizada. Lo único que después, claro, al estar abajo, ellas querían que comiera...claro, tenía que ser a aquellas horas, entonces querían que comiera aquella cantidad. Entonces el niño a veces se quedaba dormido y no quería-a-a...por mucho que le hiciera no quería comer más. Y-y ese era el único problema, entre comillas...y muchas veces que no comía, que no conseguía que comiera lo que querían, entonces al final, después de mucho esperar...acababan teniendo que darle (LA)...” (227_P_NO_2M)

(2) Instalaciones

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“Lo que pasa que al principio te encuentras hacinada, con las chicas pegadas a ti. Todos los niños se cambian en el mismo sitio, en la misma toalla, que no estás cómodo!” (215_P_NO_8M)

“...a pesar de-de las enfermeras entrando cada 5 minutos en la “sala de lactancia” que es bastante más grande y espacioso esto (el despacho en el que estamos) que-que la sala de lactancia...”(228_P_SI_3M)

(3) Prácticas no basadas en evidencia científica

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...la señora entrando cada cinco minutos: “¿y se engancha? ¿Y te la peso?”. ¡Qué pesada con que lo pesaba! “¿es que no sé para qué quieres pesarlo?” “es para ver si come bien”. “bueno, mira, yo si quieres pesarlo, pues lo anotas tú para ti, para el médico, pero yo-o, a mí-i...cuando me encontré con esto, con la enfermera que: “y ¿te lo peso?” “no, para que lo quieres pesar?” “para ver si comió, te lo peso antes y después” (228_P_SI_3M)

(4) Personal

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“Pues las chicas de neonatos ya me dijeron: “una gotita que saques, bájanosla”” (161_M_NO_8M)

“...porque en el hospital me enseñó a utilizarlo una señora que no sé muy bien... no-no-no sé muy bien...fue una situación super extraña toda (risa) en el hospital. Esta mujer que: “tienes que ponerlo así-tienes que ponerlo así y tal...” no sé, entre eso y el miedo de tal y claro, la primera

vez que la puse allí, claro, son cinco minutos, entre que estaba allí, claro, no salía nada...te dan ganas de: "joder!" (228_P_SI_3M)

"Luego, yo, por iniciativa propia, que había leído que lo del calostro era muy bueno para el niño, y entonces les dije abajo si no era bien que me lo quitara y se lo diera, aunque fuera en biberón...y me dijeron: "ah, sí-sí" luego, no sé si el calostro se lo llegaron a dar o no, porque a mí me llegaba el biberón preparado, entonces yo no sé. Y luego sé que yo me quitaba, después de hacer toda la odisea, de ir cada tres horas, yo de noche me decían: "no vengas de noche a darle aquí, esto es una paliza para ti, no es normal, tienes que estar descansada...etc" pero yo me la quitaba igual. Cuál fue mi sorpresa, que cuando fui allí y me di cuenta de que esa leche no la habían tocado, ¡ni se la habían dado! ¿Sabes? Estaba en el frigorífico tal cual yo la había dejado, en la zona de biberones. Entonces, ¿sabes? Esa frustración de decir: "¡dios mío! me he estado levantando, por el bien del niño, en sus primeros días de vida, para darle esa leche....al final no se la dan..." (215_P_NO_8M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

"...además, había algunas....que llegó un momento que me cronometraban eh! Y venían a espíarme a la habitación. Que es MUY FUERTE! "es que nos dijo la médico que teníamos-que a los diez minutos viniésemos y por si acaso" "¡pero aún estas así? No sé qué. Y venían ahí, como a increparme, ¿sabes?" (142_P_NO_11M)

"...y ahí sí que lo pasé bastante mal en esa semana porque había como mucha contradicción entre el personal. Uno llegaba y te decía: "es que el niño está casi deshidratado, es que hay que enchufarle..." bueno, de entrada ya, biberón de-e así y yo: "pero bueno, yo le estoy dando el pecho, yo quiero seguir dándole el pecho" y bueno, ahí sí que unas te decían, te animaban a darle pecho: "sí, pues no sé qué, pues déjale a la teta el tiempo que quiera el niño, no sé qué" y otras llegaban y era: " no-no-no el niño diez minutos en el pecho y si no comió ya no come, venga! Biberón, tras!...Y que si hay un criterio de intentar defender la lactancia materna, no sé, que sigan un criterio un poco homogéneo. Que hablen entre sí o no sé." (142_P_NO_11M)

La contradicción no sólo fue percibida a nivel técnico, sino en cuanto a la filosofía. Esta madre denunciaba que durante el embarazo los profesionales promocionaron mucho la LM y en el posparto parecían decantarse más por la LA:

"...pero sí que noté que en el previo, que tanto te insisten para que hagas lactancia materna y no le des biberón y no sé qué, y luego llegas allí y-y-y parece que eres una pesada porque le quieres dar teta....mmm y te da esa sensación: "pero yo-o algo estoy haciendo mal aquí"" (142_P_NO_11M)

II.B.2.2. LA FALACIA DE LA CONCILIACIÓN

Todas las madres, independientemente de su actitud hacia la LM, coincidieron en que las condiciones de conciliación de la vida laboral y la maternidad en España (ver página 40) son inadecuadas para poder cumplir con las recomendaciones de LME de las sociedades científicas y para poder compaginar adecuadamente el trabajo y la crianza de los hijos^{70,117,118}.

Cabe destacar que ninguna de las madres entrevistadas que se incorporó a trabajar a las 16 semanas continuó con la LME hasta los 6 meses.

Como consecuencia de las condiciones expuestas en la introducción (página 40), nos encontramos con los siguientes códigos dentro de esta subcategoría:

(1) Baja maternal insuficiente

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...bueno, es de chiste, porque 4 meses...y luego, ¿cómo haces?” (228_P_SI_3M)

“lo veo...no quie-no sé-no sé, ahí sí que no sé. A ver hay...lo veo muy agobiante para organizarte, tanto para la vida en casa como para las niñas como para si estás dando leche, sacar la leche...y bueno, y ya según el trabajo. Lo veo complicado, que el primer año del bebé o-o los primeros seis meses que-e... ¡deberían de ser más largas las bajas (risa)!” (241_M_SI_3M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“A ver, hasta...mientras tienes la baja sí, pero después es que es inviable porque aunque te den el permiso este de lactancia, ¿qué es? Media hora-a-a, creo que media hora por la mañana, media hora por la tarde, eso no te da para alimentar al niño, es imposible. Sobre todo si trabajas jornada completa. A ver, si trabajas a media jornada igual todavía te apañas pero es que si no, yo creo que es imposible.” (227_P_NO_2M)

“O sea, la baja maternal, sí. Pero decía yo: “claro, yo a los cuatro meses voy a trabajar y ¿qué hago?”” (141_P_NO_12M)

En la línea de otros estudios^{136,167}, las madres reconocieron que la conciliación de LM y trabajo es complicada y que podría ser más sencilla si optas por una LA.

Entre las soluciones que se les ocurrían, estaba introducir biberones tempranos de manera que el bebe se acostumbre a algo diferente al pecho:

“Y luego es verdad que como está tan mal montado, y a los cuatro meses o cinco te tienes que poner a trabajar....quizá no está de más que el niño...aunque sea...yo no digo ya tanto la lactancia artificial, como el biberón. Usar el biberón.”“...yo creo que sí, que deberían decirte: “mira, usa el biberón, porque luego...” (142_P_NO_11M)

A pesar de lo dicho anteriormente, tener que incorporarse a trabajar no es, por sí solo, motivo suficiente para no iniciar y mantener, al menos, mientras dure la baja maternal, una alimentación con LM, si es lo que realmente desea la madre:

“bueno, yo me iba a tener que incorporar a trabajar. Me incorporé a los 5 meses del peque y-y, hombre, parte sí que influye pero... si lo tuviese claro no hubiese prescindido de darle esos cuatro primeros meses o cuatro meses y medio... y-y-y en el momento en que tengas que cortarlo pues se corta, tampoco-o...”(91_P_SI_6M)

Sin embargo, para otras mujeres, la presión de tener que incorporarse al trabajo, suponía un motivo para decantarse por la LA, para evitar problemas con la conciliación de LM y trabajo.

“...porque llega un momento que piensas que a la hora de volver a trabajar, a mí por ejemplo si le diera el pecho me daría pena por ejemplo dejar de darle el pecho. Y ahora pues el biberón, ¿sabes? No me da pena, porque queda con...pero por las mañanas, si la tuviera que dejar con alguien...ya le dejo el biberón y listo ¿no?” (211_M_SI_8M)

(2) Responsabilidad para con el trabajo

Madres con una actitud positiva hacia la LM

Hay madres que, aun teniendo la opción de pedir una excedencia en el trabajo no valoraron esa posibilidad por miedo a perder su trabajo cuando se incorporen o por un sentimiento de responsabilidad para con su trabajo:

“...bueno, la había-la había (posibilidad de excedencia) porque me-e-e dieron un papel de la asesoría diciéndome que la hay...pero yo conozco mi trabajo. Quiero decir, si me voy de excedencia un año....o sea, es que no. No porque buscarían un sustituto y dejaría de tener sentido mi presencia cuando intentara volver. Ya sé que tendrían que readmitirme. Pero...o sea el trabajo ya en sí, ya no te da ni para pedirla. Ya te parece ya te da un poco de cosa coger la de maternidad para cuanto más la excedencia. No, ni me lo planteé” (215_P_NO_8M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“...yo tenía mucha presión en este sentido porque yo soy profesora y en este momento tengo un cargo en el equipo decanal. Ese cargo, a mí no se me sustituyo, con lo cual, mis compañeros, el resto de vicedecanos asumieron mi tarea. Entonces esa fue una presión tremenda y de hecho bueno...antes de parir yo decía: “no-no-no-no yo no yo-o no voy a coger toda la baja, cógela tu si quieres, y me voy a incorporar pronto, porque esto no puede ser, porque tengo a mis compañeros trabajando haciendo mi trabajo....chch” ¿sabes?” (136_P_NO_12M)

(3) Escasez de ambientes adecuados a la LM en los centros de trabajo:

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...empecé a aumentar las dosis del biberón, cuando se estaba acercando el momento de incorporarme. ¿Por qué? Porque claro, o sea, estamos en una oficina 15 personas muy muy juntas, con un baño muy pegado. Y yo, eso de estar quitándome leche cada tres horas no lo quería hacer...” (215_P_NO_8M)

(4) Vuelta al trabajo como liberación:

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...no sé, creo que es enriquecedor también tener mi otra vida y luego disfrutar con él cuando esa vida acaba. No sé si me entiendes...yo estoy encantada de estar con él pero sí que me parece importante tener mi otro lado.” (215_P_NO_8M)

MADRES CON UNA ACTITUD NEUTRAL HACIA LA LM

“a ver, tampoco era una co-....es que no sé cómo decirte...no era una cosa de: “ay! Quiero volver a trabajar” que hay gente que lo dice, dice: “por favor, quiero volver a trabajar”. No, pero no, o sea, la verdad que el trabajo también me gusta entonces, bueno, eso ayuda. Pero no me costó eh! O sea, realmente, digo: “bueno, pues está bien también un poco de desconexión” y estar pues cinco horas fuera de casa. Cuatro o cinco horas. Está bien” (142_P_NO_11M)

II.C. APOYO NECESARIO

Hay una necesidad presente en el discurso de todas las mujeres de sentirse apoyadas, tanto en el proceso de toma de decisión como en la vivencia de la experiencia. Este apoyo debe venir dado, dicen ellas, por su pareja y familiares (apoyo informal) y por el profesional sanitario, tanto en el hospital como en AP (apoyo formal). Coincidiendo con otros autores, reclaman un apoyo tanto físico como emocional¹⁸³. Independientemente de cual era su actitud hacia la LM, las mujeres coinciden en que el apoyo recibido tanto por familiares como profesionales, es en ocasiones un elemento facilitador de la LM, pero muchas veces, es descrita como un factor distorsionador^{166,183}. Según Kronborg et al.¹⁷¹ todo la gente alrededor de una madre suele tener una opinión a favor o en contra de la LM. Lo que lo convierte en un tema recurrente. En las mujeres que tienen una actitud neutral, subyace, además, la cultura del biberón que predominaba en nuestro país en los años 70-80. Ambas se sienten en ocasiones abandonadas por los profesionales sanitarios, sobretodo en la etapa puerperal y con sus necesidades acerca de la LM no cumplidas. Las madres con una actitud neutral identifican además carencias respecto a información sobre la LA.

II.C.1. APOYO NO PROFESIONAL

(1) Familia como elemento facilitador de la LM:

En ocasiones, la familia es un elemento facilitador que empodera a la madre:

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...En eso me apoyaron un montón y me decían: “pero si el niño está hermoso!” es más, la frase era: “no le hagas caso a la pediatra” en cambio: “si está hermosísimo! no ves que tal y tal?”” (215_P_NO_8M)

“para mí fue muy importante el apoyo, al final, de tu familia. Que la gente que está a tu alrededor pues no sé, intente comentar eso, porque yo creo que también es muy importante que tú, hablo al principio, ¿no? Porque es cuando viene lo difícil. A lo mejor si tú pareja o tus padres son...yo que sé, la gente que está realmente contigo en esos momentos está: “venga, mujer, dale un biberón, que no pasa nada...” a ver, tú al final, estás cansada, lo que más te apetece es descansar, y-y que ella esté bien y que pare de llorar, porque al principio llora porque tiene hambre...entonces yo creo que, un poco, que la sociedad te apoye, tu familia no? Que diga:

“venga, inténtalo, pues haz así” (172_P_SI_4M)

Madres con una actitud positiva hacia la LA

“...Y mi cuñada me decía: tú sabes que tiene sus beneficios”. Sí, pero es que yo tengo claro... También me lo decía mi suegra que tuvo dos y le dio el biberón a los dos. Y me decía: “tú sabes que darle el pecho...” y yo: “ya, pero es que yo, ¿sabes? Yo lo tengo claro” que de buenas experiencias sí que tuve información pero mi decisión era cerrada”. (186_P_SI_18M)

(2) Familia como elemento distorsionador de la LM

La presión que ejercen los familiares en contra de la LM es en muchas ocasiones derivada del miedo a que al bebé no le llegue lo que está comiendo, lo que influyó negativamente en la autoestima materna. Esto se percibió, coincidiendo con otros autores, sobre todo en las abuelas (tanto maternas como paternas)¹⁷⁶.

Madres con una actitud positiva hacia la LM

Las madres que tenían una actitud positiva hacia la LM se mostraron críticas con los comentarios que tenían en ocasiones, los demás miembros de la familia o allegados. Parecían no dejarse influenciar por ellos, mostrándose seguras de su decisión¹⁶⁷.

“...a mi madre, a mi suegra, a mi abuela, a la otra, a la vecina del cuarto, a la del quinto a no sé qué. Claro, menos quién lo tenía que decir, que era pues la matrona...porque además dicen un montón de estupideces, que no-que sé además de donde las sacan: “es que de la teta coge mucho aire” no sé porque yo no tengo aire en la teta. ¿Dónde está el aire? Bueno...Y-y eso no ayuda demasiado.” (228_P_SI_3M)

“...a ver, al principio, como la niña estaba continuamente, continuamente, me decían: “esta niña no le llega” ¿sabes? Lo de... “Tienes que darle tal...” bueno, te ves en situaciones que no puedes más, agotada...o decir: “mira, que estás todo el día, a ver, necesitas un poco de descanso” (241_M_SI_3M)

“...eh-eh mi suegra, por ejemplo, hubo un comentario esta vez.... Pues: “que no se obsesione” entonces, a ver, no me callé, ¿no? Le dije: “oye, dile a tu madre que yo no estoy obsesionada, para nada” pero que tampoco lo voy a dejar.” (161_M_NO_8M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

Las madres con una actitud neutral hacia la LM parecen ser más sensibles a estos comentarios que aquellas madres con una actitud positiva.

“...y después por detrás: “dale de comer, no sé qué, no sé cuánto...” entonces eso tampoco te ayuda mucho, ¿sabes?” “...sí-sí: “dale de comer, dale de comer. Pero, aún está mamando?” entonces ahí fue donde-e decidí que no (que no continuaba con LM)” (171_P_NO_5M)

“...sí, eso sí-eso sí era....aparte: “es que es más cómodo para ti, pero ¿qué necesidad tienes?” el

biberón siempre fue en casa de mis padres siempre fue una presión” (136_P_NO_12M)

En ocasiones, la cultura del biberón que vivió la sociedad Española en los años 70-80¹⁰, hace que las abuelas tengan por norma la lactancia artificial. Por lo que, ante cualquier dificultad, recomiendan a sus hijas o nueras la administración de leche de fórmula.

“...Y en mi casa sí, mi madre-yo fui de biberón y mi madre veía a la niña pequeñita y: “vete al biberón, pero es que seguro que no tienes leche” (136_P_NO_12M)

Entre las madres que decidieron dar LA se encontraba una que dijo:

“y mi madre tampoco me metió...”dale pecho” sabes? Mi madre...le decía: “le voy a dar biberón” y no-o-o ¿sabes? Yo que sé. Aun si me animara, pero como tampoco mi madre me animó a darle el pecho...” (211_M_SI_8M)

De este comentario se puede extraer la falta de apoyo que tenía la mujer en su madre. Parece que quisiera darle el pecho pero sabe que no va a tener el apoyo de su madre y siente que lo necesita. Generalmente, como apuntan Bonia et al.¹³⁷, eso sucede cuando las abuelas han alimentado a sus hijas con LA y no apoyan la idea de que estas lo hagan ahora con LM.

(3) Pareja como elemento facilitador de la LM

La pareja fue identificada como un elemento de apoyo imprescindible para la mujer^{166,177}.

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...él me animaba. Sí-sí, o sea: “muy bien, muy bien” cada vez que iba-a-a-al ir cada vez sacando más: “ah, genial, genial” y, incluso él cuando hablaba con sus padres: “¡ah, y quitó tanto!” (risas) sí-sí, o sea, como una...vamos, como un triunfo, no? como un premio. Si-sí, o sea, muy bien, en ese aspecto” (161_M_NO_8M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“...la pareja es muy importante” “...a ver, él también me decía: “a ver, si te va a suponer un estrés la teta y yo que sé” porque claro, un agobio o que tal digo: “pues-pues la dejamos y ya está” “no pasa nada, no? pero bueno, en principio me decía: “mira, tú si quieres dar la teta, pues dale la teta, o sea, es que...”(142_P_NO_11M)

Madres con una actitud positiva hacia la LA

“...mira, mi marido, embarazada me lo dijo una vez solo ¡eh!. Me dijo: “ba...a mi quizás me gustaría que le dieras el pecho, pero es tu opinión y tu decisión”. Me lo dijo una vez. Yo creo que era...no sé, verme con él... ¿sabes? Como...alimentarlo yo, de mi cuerpo. Yo creo que me lo dijo por eso. Pero...me lo dijo una vez, en nueve meses. O sea que... me dijo: “es tu decisión, yo jamás me metería ahí, por favor...no-no sé qué, sí que me gustaría que le dieras pero bueno...” (186_P_SI_18M)

(4) Apoyo de pares

En general, las mujeres reconocieron la importancia del apoyo de pares, tanto el proporcionado por los grupos de apoyo a la LM, como el derivado del contacto con mujeres que se encontraban en una situación similar y que conocieron por ejemplo, en las clases de posparto organizadas por la matrona. Según Burns et al.¹⁶⁶ la relación que se genera entre una mujer lactante y un apoyo de pares es como una amistad, más allá de una relación paciente-profesional que se genera con los sanitarios, lo que facilita un mejor apoyo a la LM.

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...ya con lo que sabes y con lo que vas aprendiendo con las clases de preparto, yo creo que...para tomar lo que es la decisión. Y luego yo creo más importante igual las de posparto. Yo se las recomendaba a todas porque, por esos problemas que...a ver, haces tú grupo de whatsapp, yo es que me lío mucho. Y ves cosas y tal-tal... y yo a veces les digo: “jolín porque no irán a posparto” porque hay algunas que van a urgencias que, vamos, no sé qué, tal y...por cualquier cosa ya, a ver están...es normal, a ver, te preocupas, que yo...a ver también...si tiene fiebre a mi es una cosa que me da miedo y-y...pero creo que en lo referente a alimentación, pues ir a posparto para-a gases y de todos esos problemas que hay, que les vendría muy bien y no andar con...yendo al pediatra continuamente...porque se aliviarían. Harían como una terapia de grupo en conjunto...y eso para la teta yo creo que si acudes ahí y no vas al pediatra. Me refiero, irás a otras consultas...no dejas el pecho. No lo dejas”. (241_M_SI_3M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

A pesar de reconocer la importancia del apoyo de pares, resulta curioso que ninguna de las mujeres contactó con un grupo de apoyo a la LM cuando experimentó dificultades con la LM. Por otro lado, en sus discursos subyace el miedo de que puedan ser grupos que juzguen a la mujer y no respeten sus propias decisiones.

“...hombre, por ejemplo los grupos de BBTTA, no sé si pueden dar la imagen de que sí, de que están muy ideologizados...pero bueno yo tampoco te puedo hablar mucho porque solo fui a una reunión. Lo que vi allí me gustó, en principio, eh-eh pero no volví. Entonces tampoco no-no te podría decir...” (136_P_NO_12M)

“Pero bueno, tampoco he ido a lo mejor a-a-a estos grupos de apoyo que son a lo mejor más radicales, en el pensamiento de la lactancia materna y a lo mejor sí que te harían sentir más culpable o algo, no? o-o...” (142_P_NO_11M)

“Si son grupos de apoyo, su función se supone que es apoyar, no juzgar... ¿por qué las mujeres tienen esa idea de ellos?” (DC_142)

Según explica Massó⁸, una de las críticas más frecuentes a lo que ella denomina “lactivismo” (una emergencia creciente de intervenciones y agrupaciones más o menos espontáneas que se condensan y solidifican cada vez más en virtud de objetivos compartidos. Su objetivo es la

defensa del derecho del bebé a ser amamantado y de la madre de amamantar, a demanda, en cualquier lugar, sin miradas ni comentarios de desaprobación y hasta que el niño lo desee) es la que le atribuye un presunto exceso de presión hacia las madres con problemas para amamantar hasta el punto de sentirse coaccionadas a lactar sin querer hacerlo o a sentirse culpables si no lo logran. Sin embargo, puntualiza, en los cursos homologados de formación de asesoras de lactancia (IBCLC) uno de los aspectos en los que se insiste es en el respeto a la decisión materna, en el absoluto abandono del paternalismo y en la exclusiva oferta de ayuda, asesoramiento e información en la medida en que la mujer lo solicita¹⁸⁵.

Madres con una actitud positiva hacia la LA

Esta mujer se refirió a los grupos de apoyo como fuente de la discriminación que sufren las mujeres que optan por LA:

“...Además que hay asociaciones de-de mamás que le dan el pecho y tal...yo creo que-que esa gente, lo piensa de verdad. Que las que damos biberón les estamos dando menos a nuestros hijos. Y no es así” (186_P_SI_18M)

II.C.2. APOYO PROFESIONAL

(1) Puerperio abandonado

En general, las mujeres identificaron a las matronas como un profesional de referencia en el proceso de alimentación del RN, de apoyo, sin embargo, y sobre todo en el puerperio hay mujeres que refirieron haberse sentido literalmente abandonadas, sin alguien a quién acudir.

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...y el agobio que tenía de lo de dar el pecho y es que es lo que te comento, fue como un antes y un después. Fue el apoyo previo a dar a luz y cuando das a luz... No, es más, le llegué a preguntar a la matrona si había que venir o no (a una visita posparto), y me dijo que no. No sé si es lo normal, si no es lo normal. Y también me quedó esa sensación de...o sea, yo con las matronas de aquí muy bien pero me quedó esa sensación de que, no sé si es lo normal, después de dar a luz no hay absolutamente ninguna cita más...y fue la sens- no sé...fue como decir...no es que lo necesites o no lo necesites, pero no sé, una última-a-a toma de contacto de decir, pues me fue así, no me fue así o-o” pero es verdad que vine, y conté el problema que tenía y el agobio que tenía de lo de dar el pecho y es que es lo que te comento, fue como un antes y un después. Fue el apoyo previo a dar a luz y cuando das a luz...” (215_P_NO_8M)

“...o sea, antes del parto, la verdad que sí que es verdad que hay muchísimo apoyo. Yo me sentí muy apoyada antes del parto, pues viniendo aquí al curso, con la matrona etc...pero sí que es verdad que fue parir y se acabó todo eso. Porque realmente parí en el Hospital y no-no sientes que nadie te enseña a hacer nada. Ni que alguien te apoye a darle el pecho”. (215_P_NO_8M)

“...También te encuentras gente que-e como que casi que: “bueno, pues si no puede ser, no

puede ser”” (172_P_SI_4M)

“...eh-eh, pues básicamente alguna amiga que ha dado a luz antes y que, pues siempre te asesora, te dice: “pues haz esto, haz lo otro, a mí me fue bien esto” y...y por supuesto, de-de la matrona que a mí me ha tocado no he tenido mucha ayuda...no había grupo de posparto, que yo supiera. De hecho, sé de gente que ha ido con bebés a...como a clases para masajes y-y-y esas cosas. A mí nadie me ha hablado de eso ni...” (172_P_SI_4M)

“El hecho de que una mujer que ha asistido a clases de EM (como es el caso del anterior verbatim) no sepa si en su centro de salud se realiza un seguimiento posparto con la matrona, si hay clases posparto etc... denota una falta de estandarización de los cuidados posparto. No hemos profundizado en este trabajo en saber si realmente todas las matronas realizan o no seguimiento posparto, pero el hecho de que las mujeres no lo tengan claro refleja, cuando menos, una falta de promoción de ese seguimiento”. (DC_172)

“...sensación de...vamos...es que yo veía a la gente que iba allí a dar la cena y la comida y poco más. O sea, sensación de inexistencia, totalmente, de inexistencia. “(215_P_NO_8M)

En general, las mujeres percibieron premura por parte de los profesionales^{181,182}. En ocasiones disculparon su comportamiento y lo justificaron porque veían que el personal estaba muy ocupado¹⁸³. Hasta tal punto, que una mujer dudó de si el apoyo a la LM será una función del personal de planta de obstetricia:

“...a ver...igual es surrealista, a lo mejor no tienen por qué hacerlo. Pero que alguien te venga a decir: “pues, mira, ahora te va a empezar a salir calostro” o “eh-eh ayúdame” o “tienes aquí esta sala para sacar leche, tú no te preocupes” o “guarda el calostro y ya se lo damos al niño” o...no sé, un poco más de información” (215_P_NO_8M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“Mira, el posparto para mí fue...así como el parto la verdad es que estaba super bien atendido y tal, para mí el posparto fue un poco caótico...Entonces el posparto para mí fue un poco así...pffff” (142_P_NO_11M)

Durante la estancia en el hospital, las mujeres denunciaron una falta absoluta de apoyo a la LM, con actitudes de dejadez e indiferencia y, en ocasiones, falta de conocimientos^{166,167,179,181}:

“bueno, arriba, en la planta donde estaba yo, que fue donde me explicaron eso, bueno...psss así-así.” (227_P_NO_2M)

“No sé si porque fui a dar a luz en día festivo...entonces la ayuda que tuve fue nula”...nada más que me decían: “pon la niña ahí, pon la niña ahí” “pon la niña ahí, la pones en la teta y ya está” y yo: “claro, yo la ponía y yo no sabía si la ponía bien, si la ponía mal, si-i-i ahí no salía nada!...y la niña lloraba y lloraba y yo llevaba más de 48 horas sin dormir...y nada, simplemente eso: “ponla ahí, ponla en la teta, ponla!” y yo por más que la ponía no-o-o” (141_P_NO_12M)

“...claro, también yo estaba sola...igual si hay alguien conmigo y me enseña, me explica...igual...pero claro, yo entiendo que no pueden estar con todo el mundo. Ojalá-ojalá estuviera una persona para cada mujer” (211_M_SI_8M)

Nuevamente se detectó la carencia de un protocolo de seguimiento de posparto.

“Fui a preguntarle a la matrona en mi centro de salud, y ella, como tenía muy poca asistencia el año anterior, pues este año no lo había programado. Lo iba a programar a partir de enero pero bueno, el peque tenía tres meses y tal, y yo ya iba a empezar a trabajar y entonces, la verdad, ya no volví a preguntar. Porque me dijo: “si quieres pásate en enero o febrero, que empezaré y puedes apuntarte” (91_P_SI_6M)

(2) Necesidades de madres lactantes

Lo que las madres reclamaban fue empatía y empoderamiento en esos momentos en que surgieron dificultades. Que los profesionales comprueben si las madres están amamantando correctamente¹⁶⁶ y en ese caso, reafirmen lo que están haciendo bien¹⁷⁷. Es sorprendente, tal y como apuntan Graffy et al.¹⁸² que las necesidades que las mujeres apuntan son más en relación a aspectos emocionales, como la empatía, el empoderamiento y las formas en que es dado este apoyo, más que el contenido en sí.

Madres con una actitud positiva hacia la LM

“...yo creo que en esos momentos, para mí eh-eh que te de tranquilidad, sabes? Que te inspire tranquilidad, que te inspire calma, y que-e sabes? que te demuestre que, o sea, que te demuestre o que te inspire, más bien que-e si lo intentas y luchas por ello, que lo vas a conseguir, sabes?” (172_P_SI_4M)

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“...lo que más valoro...mmm no sé si se puede llamar empatía...ehehehe empatía y también un poco eheheh mmmmm el dejarte tomar a ti las decisiones, j vale! En el sentido...a mí no me gusta que me presionen hacia una dirección si yo no la quiero tomar” (136_P_NO_12M)

“...alguien de-de apoyo que te diga: “pues vas bien, ¿sabes? o no vas bien o haz así...que cuando digas: “bua! no puedo más” pues: “sí, venga, sí que puedes” ¿sabes?...que ya no puedes más y la otra pues está tirando por ti” (171_P_NO_5M)

“...que te animen un poco positivamente. Un poco más de suavidad y de tacto, no? Que se pongan ahí un poco a lo mejor en tu lugar...Yo creo que es un poco de empatía. No sé. O de verte ahí, intentar animarte y no-o-o no sé, porque claro, yo creo que ese sentimiento de que te están riñendo, no sé...” “...necesitas gente que te diga: “oye, no lo estás haciendo mal, quítate esa idea de la cabeza” o sea “lo estás haciendo bien y ya está, y con tranquilidad. Que te tranquilicen un poco, porque ya te hacen dudar...” (142_P_NO_11M)

“...necesitas gente que te diga: “oye, no lo estás haciendo mal, quítate esa idea de la cabeza” o sea “lo estás haciendo bien y ya está, y con tranquilidad. Que te tranquilicen un poco, porque ya te hacen dudar...” (142_P_NO_11M)

(3) Necesidades de las madres que alimentan a sus bebés con LA

Aunque existen estudios que dicen que las madres lactantes necesitan más apoyo que las que

optan por LA, otros afirman que todas necesitan el apoyo de un experto¹⁶⁸ “necesidades de madres de LA”. En nuestro estudio, las madres que optaron por una LA también reclamaron un apoyo e información que informaban no tener:

Madres con una actitud neutral hacia la LM

“Las dudas de que nadie te oriente sobre qué leche es mejor. Entonces como que te tienes que aventurar tu un poco e ir probando...yo tuve suerte, al niño le gustó, pero claro el que te digan: “todas son igual”, vale, todas son igual pero ¿por qué unas cuestan seis euros y otras cuestan 18 y otras 30?...Pero que nadie te orienta, vale yo entiendo que si todas están en el mercado serán porque todas están homologadas o bueno, pasarán sus controles de calidad. Pero no sé, el orientarte: “pues esta tiene esto, esta tiene lo otro” y ahí como que nadie se moja...” (91_P_SI_6M)

“bueno, con el biberón, sí. Porque yo, por ejemplo, cuando di a luz, me trajeron el biberón...no me dijeron cuánto tenía que comer, ¿sabes? La niña comió casi todo el biberón que te dan. Luego llegaron y dijeron: “¡dios mío! Pero ¿le diste todo?” a ver, yo no sé, a mi explicarme. Eso sí, te ves que no sabes. Y si, un poquito de explicación se agradece” (211_M_SI_8M)

Lo mismo sucedió con las madres que dieron LM pero en un momento determinado tuvieron que recurrir a la leche de fórmula. Demandaron una información anticipada:

“Pero la gente sí que va perdida...cuando surge un problema y tienes que ir corriendo a la farmacia pues claro, no sabes.” (141_P_NO_12M)

Madres con una actitud positiva hacia la LA

“...no me parece bien que a las madres que tenemos claro que queremos dar leche artificial no nos digan nada sobre eso. O sea, porque no me acuerdo cuántas clases fueron....pero creo que dos se dedicaron a la leche materna a la lactancia y tal...sí, te explican todo. Todo perfecto. Pero parece que a las madres que les vamos a dar leche artificial, aunque después cambiemos de opinión, eh-eh ¡es que no nos dicen nada!...no nos dicen ni cuánto empieza tomando, ni cuándo...ni cada cuantas horas...todo te explican sobre el pecho: es a demaaaaanda, no sé qué...bueno te explican todo”. (186_P_SI_18M)

“...entiendo que por lo menos una clase deberían explicarte: “pues mira, tenéis que mirar que los biberones sean anti cólicos, que tienen un agujerito que tiene que mirar para arriba para que no le entre aire...o sea, yo todo eso, google y me busqué la vida como pude y no-y no sabía nada de nada”. (186_P_SI_18M)

“...después la pediatra me dijo: cuando veas... que eso yo creo que me lo debería de decir la matrona. “Cuando veas que deja el biberón dos o tres veces debajo de todo, auméntale treinta. Con cada treinta es un cacito más. O sea, a mí eso me lo dijo mi pediatra...y creo que deberían decirlo ellas (las matronas). O media clase o una hora o no sé...dedicarle algo para las que tenemos claro eso (LA) pues sentirnos también bien, ¿sabes?” (186_P_SI_18M)

En este verbatim, además de una carencia de información, se percibió nuevamente una sensación de discriminación en las mujeres que optan por la LA, algo que comentamos en el

tema: “presión en la toma de decisión”. Esta actitud discriminatoria que las mujeres percibieron en el discurso de los profesionales puede condicionar su toma de decisión y por otro lado, magnificar la culpabilización de estas madres.

Esta falta de información prenatal sobre la alimentación artificial puede derivar en una carencia de conocimientos, como se puede ver en el siguiente verbatim. La madre percibió las indicaciones que le daban, sobre la cantidad de leche de fórmula que debe comer el RN, como una restricción que podía provocar que su bebé pasase hambre en lugar de interpretarlo como una adaptación de la cantidad de leche al tamaño del estómago de un RN¹⁸⁶. De hecho, Bergman¹⁸⁷ basándose en el tamaño del estómago del RN y en la velocidad de vaciamiento gástrico, recomienda administrar no más de 20 cc de leche al RN cada hora. Según este autor, la administración de cantidades mayores en intervalos de tiempo mayores podría ser el causante del reflujo, la regurgitación e incluso la hipoglucemia.

“De hecho mi niño tomaba bastante. No tomaba 30 o 60 cc creo que es al principio. Mi hijo tomaba bastante, que de hecho me decían que le quitara. Eso tampoco lo entiendo. “no...quítale, venían 90 cc y me decían entre 30 y 60 quítale”. A ver, el mío tragaba, o sea no había ningún problema.” (186_P_SI_18M)

4.3. INFORME DE AUDITORÍAS

4.3.1. AUDITORAS DEL ÁMBITO PROFESIONAL

Se solicitó la participación de dos matronas para realizar la auditoría de resultados cualitativos. Serán codificadas de la siguiente manera: Auditora 1 (A_1) y Auditora 2 (A_2).

4.3.1.1. Perfiles de las auditoras

A_1: enfermera especialista en obstetricia y ginecología con nueve años de experiencia en el ámbito de la Atención Especializada en diferentes Áreas del SERGAS. Desde el 2011 realiza su labor asistencial en la Unidad de Partos de la XXIF.

Podemos definir su perfil en relación a la promoción de la LM como un perfil medio, con diversa formación y actualización en el ámbito de la LM.

A_2: enfermera especialista en obstetricia y ginecología con 29 años de experiencia en el ámbito de la AP en la XXIF.

Cofundadora del grupo de apoyo a la LM BBTTA, con sede en Narón (A Coruña) en el año 2005, lo que le ha proporcionado una gran experiencia como asesora de LM a lo largo de su carrera profesional.

Podemos definirla como un agente con un perfil alto en la promoción de la LM en la XXIF.

Tras aceptar la participación en la auditoría, se les envía el documento con los resultados cualitativos y, a modo orientativo, se establecen las siguientes preguntas para facilitar su informe:

Pregunta 1: ¿Cuál es el grado de adecuación de los resultados a tu experiencia como matrona, en la práctica de la alimentación del RN?

“Desgraciadamente sí, estoy de acuerdo con los resultados. Nos falta mucho por mejorar en empatía y empoderar a las mujeres que, a fin de cuentas, es lo que más demandan”. (A_1)

“Los resultados se adecúan a lo que se ve a diario en la práctica clínica con el seguimiento de la lactancia materna. ¿Cuánto? yo diría que un 70-80%”. (A_2)

Pregunta 2: ¿Cuál es el grado de adecuación de los resultados a la experiencia que tú crees que tienen las mujeres con la alimentación del RN?

“Las mujeres con las que he trabajado refieren sentimientos y experiencias con respecto a la alimentación de sus hijos muy similares a las de las mujeres del estudio”. (A_1)

“Los resultados se adecúan al grado que yo creo que tienen las mujeres sobre La alimentación de los R.N. en un 80-90%”. (A_2)

Las dos matronas consideraron que los resultados coincidían con la realidad que ellas viven como profesionales y con lo que creen que viven las mujeres, sin embargo, se sorprendieron por varios aspectos, como se puede apreciar a continuación.

Pregunta 3: Ha habido algún aspecto llamativo que ha dirigido tu atención con respecto a:

3.1. Que no esperabas que apareciese

“En general no me ha sorprendido ninguno de los comentarios, en su mayoría ya los había escuchado antes. No todos en mi experiencia como matrona, algunos de ellos en foros de internet, en conversaciones con familia o amigos... Quizá lo que me parece más llamativo es que igualan vínculo con lactancia. Como si a los bebés de lactancia artificial les diera igual no estar con sus madres y que como cualquiera los puede alimentar no importa que se vayan a trabajar o los dejen con otra persona”. (A_1)

“Lo incomprensibles que se sintieron las madres que no amamantan a sus hijos. Que las madres que dan Leche artificial a sus hijos se sienten que “le dan menos”. Que se extrañen de que se potencie la lactancia materna, que no les parezca adecuado... como si ya todo el mundo diese teta y no hubiese que luchar por ella...” (A_2)

3.2. Que aparece en el discurso de las mujeres con mucha intensidad

“No pensé que para algunas mujeres fuese tan importante el establecer el vínculo padre hijo por medio de la alimentación, no dan importancia a todos los otros cuidados y momentos que el padre puede pasar con el bebé. Creen que el padre se siente excluido por no poder alimentar a su hijo, parece que fuera malo que en los primeros momentos la figura de apego principal fuera la madre”. (A_1)

Se hace evidente reforzar el papel del padre en el inicio y mantenimiento de la LM mediante el apoyo a la madre de manera que, en lugar de sentirse excluidos, sientan que juegan un importante papel en el proceso.

“Las mujeres de bibe al sentirse discriminadas... me ha “tocado”. Que muchas madres siguen pensando, creyendo que “es lo mismo” dar teta que bibe, que ambas son equivalentes. Que las madres piensen que la teta es sólo “comida”..... y uno como cualquier cosa y ya está.... que tanto da comer una cosa como otra... es comida... y si esto no es cierto para los adultos, para los bebés, sobre todo R.N. mucho menos.”(A_2)

Podemos extraer de este verbatim que es necesario reforzar los conocimientos de las mujeres en relación a la superioridad de la LM para desterrar la idea de la igualdad de los dos tipos de alimentación (LM y LA). Esta información debe darse sin discriminar a las mujeres en función de su opinión, algo con lo que esta matrona se ha sensibilizado.

Pregunta 4: ¿Qué aspectos crees que podrían ser útiles para mejorar la práctica clínica?

“Muchos, en general no solemos escuchar a las madres y me parece fundamental que todos los profesionales sepamos como se sienten para poder mejorar. A modo de resumen:

- *Que la promoción de la lactancia materna en el embarazo se vea acompañada de unos profesionales formados para poder acompañar a las madres en el postparto. Seguimos con prácticas totalmente desaconsejadas como la doble pesada, la separación en caso de ingreso del RN, suplementos a la primera de cambio... Las mujeres refieren que todos los profesionales les decían "dale el pecho" pero no les ayudaban a hacerlo. En general un mayor acompañamiento en el puerperio, las madres están y se sienten solas. Ahí las matronas tenemos una labor fundamental que en algunos casos se está desatendiendo.*
- *Informarles más de las necesidades del RN, de las exigencias de la crianza, de lo agotador que es, el gran cambio de vida que supone.*
- *Creo que no damos importancia suficiente al vínculo madre-hijo. Las madres (y su entorno) lo ven incluso como algo negativo cuando es fundamental para el desarrollo del RN. Quizá habría que hablarles más de la "exterogestación" y de la gran importancia de la figura de apego para el niño.*
- *"Lavado de imagen" a los grupos de apoyo a la lactancia para que no sean vistos como sectas. En los grupos no se pretende culpabilizar a las madres que dan lactancia artificial si no ayudar a las madres lactantes.*
- *Aquellas madres que han elegido lactancia artificial también necesitan ayuda y formación en la alimentación de sus hijos.” (A_1)*

“Hacer un esfuerzo mayor, si cabe, en explicarles la importancia de la alimentación en general y para el R.N. en particular. Informar a las madres que no darán teta de que su opción es respetable (aunque no compartida), pero es su decisión... cómo se preparan los biberones y cómo se da un bibe...”

Explicarles la importancia de que el R.N. toma leche materna, no sólo porque es el mejor alimento para hoy, sino también para el mañana...para su mañana.” (A_2)

Lo más destacable, en el caso de las dos matronas, es que hubiesen percibido y aceptasen la necesidad de apoyo de las madres que deciden alimentar a sus hijos con LA. Este apoyo, según reclaman las madres y según aceptan las matronas, debe ser tanto desde un punto de vista emocional como teórico-práctico.

4.3.2. AUDITORES DEL ÁMBITO DE LAS PARTICIPANTES

Se solicitó, telefónicamente, la colaboración de todas las participantes de la fase cualitativa (13 mujeres) con el fin de realizar una auditoría de los datos cualitativos.

Se envió vía email el documento con los resultados a las 13 mujeres. Se obtuvo respuesta de 3 mujeres.

Se les pidió que indicaran en qué medida se sentían identificadas con el análisis realizado.

4.3.2.1. Perfiles de las auditoras

Los perfiles de las auditoras se pueden ver resumidos en la tabla 4.30:

Los resultados son los siguientes:

“¡Me ha encantado y me siento identificada!” (91_P_SI_6M)

“En resumen te digo que leí hasta la página 30 y no voy a leer más porque yo soy la única que estoy a favor de la lactancia artificial y no tengo que defenderme ni sentirme culpable por nada como haces ver, me parece indignante, si querías hacer una tesis sobre los beneficios de la lactancia materna que es lo único que promovéis me lo hubieras dicho porque yo no entraría en este circo”. (186_P_SI_18M)

En la respuesta de (186_P_SI_18M), al igual que sucedía con su entrevista, se puede apreciar su postura de defensa ante lo que ella percibe como una promoción de la LM excesiva por parte de los profesionales y discriminatoria de las mujeres que deciden alimentar a sus bebés con LA. Se realizó un feedback explicándole que los resultados de la investigación están dirigidos a visibilizar las diferentes opciones de alimentación del RN sin ninguna intención de criminalizar a nadie. Se le instó a leer todo el documento y a volver a manifestar su valoración una vez analizada la información en su conjunto. Hay que señalar que esta participante no volvió a comunicarse con la investigadora.

Reflexionando esta situación, se ha llegado al punto de identificar una radicalización de rechazo por parte de las madres de LA hacia todo aquello que identifiquen como promotor de LME.

“Lo leí ayer todito...55 páginas llenas de información...curioso...en general... ¡me cuesta mucho entender cómo hay que decidir! Es un trabajo de investigación muy chulo! No recordaba haber dicho todo eso en la entrevista pero me veo totalmente reflejada en esos comentarios. Mi hijo tiene ya dos años y cuando la gente comprueba que mama, los comentarios van siempre con un: “¿Aún?”...” (228_P_SI_3M)

Al igual que en la entrevista, (228_P_SI_3M) centra su atención en la dificultad que supone para muchas mujeres tomar la decisión de cómo alimentar a sus bebés. Entonces, reclamaba empatía, respeto y escucha activa por parte de los profesionales.

CÓDIGO	OCUPACIÓN ¹	NIVEL ESTUDIOS	PARIDAD	COINCIDENCIA INTENCIÓN- RESULTADO ²	NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LM ⁴	ACTITUD HACIA LA LM ³
228_P_SI_3M	Trabajo remunerado	FP	Primípara	SI	Bueno	Positiva hacia la LM
91_P_SI_6M	Trabajo remunerado	Universitario	Primípara	SI	Regular	Neutral
186_P_SI_18M	Trabajo remunerado	Secundarios o menos	Primípara	SI	Regular	Positiva hacia la LA

Tabla 4.30: Perfiles de las auditoras (mujeres participantes). ¹ Se ha agrupado la variable “ocupación” (ver material y método, página 66). ² Coincidencia o no entre la intención de alimentación que tiene la madre en el tercer trimestre de gestación y la alimentación posparto. ³ Actitud materna hacia la LM medida a través de la escala IIFAS. Las puntuaciones de la IIFAS han sido agrupadas (ver material y método. Página 61). ⁴ El nivel de conocimientos se clasifica según (ver material y método. Página 65). ⁵ Cada participante se identifica con un código para garantizar su anonimización (ver material y método. Página 76). Abreviaturas: FP: formación profesional; LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna.

4.4. AGENDA TRANSFORMADORA

Al tratarse, la presente investigación, de un estudio transformativo, se propone una agenda transformadora. Se trata de una propuesta dinámica, elaborada teniendo en cuenta los resultados de la fase cuantitativa y cualitativa del estudio.

Capítulo 4. Resultados de la investigación

DIMENSIÓN	OBJETIVO	HERRAMIENTAS	INTERVENCIONES	AGENTES IMPLICADOS	EVALUACIÓN INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN IMPLEMENTACIÓN
ACTITUD	Trabajar la actitud de las mujeres buscando la modificación hacia valores positivos hacia la LM	1. Escala IIFAS-t ¹ 2. Sesiones EM 3. Consulta matrona AP	1. Debatir en las sesiones de EM aspectos con resultado neutral y/o positivo hacia la LA según IIFAS-t ¹ 2. Diseño de la consulta de la matrona incluyendo aspectos particulares según resultados IIFAS-t ¹	1. Matronas de AP 2. Mujeres gestantes 3. Parejas 4. Miembros de grupo de apoyo a la LM	1. Evaluar la actitud de las mujeres hacia la LM en el 1º trimestre de la gestación 2. Evaluar la actitud de las mujeres hacia la LM en el 3º trimestre de la gestación	1. La puntuación obtenida en el 3º trimestre será superior a la adquirida en 1º trimestre (como mínimo ha de ser positiva hacia la LM) 2.-Informe de resultados a la dirección de la XXIF
CONOCIMIENTOS	Adquirir un nivel superior de conocimientos sobre LM por parte de las mujeres	1. Cuestionario de conocimientos básicos sobre LM 2. Sesiones EM 3. Materiales informativos	1. Trabajar en las sesiones de EM las deficiencias de conocimientos detectadas 2. Proporcionar información específica a las madres que opten por LA	1. Matronas de AP 2. Mujeres asistentes a las sesiones de EM 3. Parejas	1. Evaluar los conocimientos de las mujeres sobre LM en el 1º trimestre de gestación 2.-Evaluar los conocimientos de las mujeres sobre LM en el 3º trimestre de gestación	1. La puntuación obtenida en el tercer trimestre será superior a la adquirida en el primer trimestre 2.-Informe de resultados a la dirección de la XXIF
INTENCIÓN	Identificar la intención de alimentación del RN de las mujeres	1. Pregunta específica de intención en el cuestionario de conocimientos básicos	1. Comprobación de la intención de alimentación futura de la mujer en la consulta de AP 2. Comprobación de la intención de alimentación futura de la mujer a su llegada al hospital 3. Comprobación de la coincidencia de la intención y el resultado en la consulta de AP posparto	1. Matronas de AP 2. Matronas de atención especializada 3. Personal de enfermería de la planta de obstetricia	1. Registro hospitalario de la intención de alimentación futura 2. Registro en la consulta de AP posparto de la coincidencia entre intención de alimentación futura y resultado posparto	1. Registro de la intención y la coincidencia entre intención y resultado entre 80-100% de los partos de la XXIF 2. Informe de resultados a la dirección de la XXIF
EXPERIENCIA	Conocer la experiencia vivida por las mujeres en el posparto.	1. Encuesta de satisfacción con el proceso de alimentación del RN (primera consulta de posparto de la matrona) 2. Grupo de discusión semestral por centro de salud, que incluya mujeres alrededor del 6º mes posparto	1. Incorporar en las clases de posparto aquellos aspectos que las mujeres demanden (resultado de las encuestas y de los grupos de discusión) 2. Reuniones entre AP y Especializada para informar de aquellos aspectos demandados por las mujeres	1. Matronas de AP 2. Supervisión de planta de Partos 3. Supervisión de planta de Obstetricia 4. Supervisión de planta de Neonatos 5. XXIF	1. Analizar los datos de la encuesta de satisfacción 2. Elaborar informe de cada grupo de discusión	1. El 80% de las mujeres deberán haber cubierto la encuesta de satisfacción. 2. Cada centro de salud habrá realizado al menos un informe de grupo de discusión anual 3. Informe de resultados a la dirección de la XXIF

Tabla 4.31: Agenda transformadora. ¹: IIFAS-t: IIFAS traducida. Abreviaturas: AP: Atención Primaria; EM: educación maternal; LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna; RN: recién nacido; XXIF: Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

Capítulo 5. Discusión.

El principal hallazgo de la presente investigación ha sido la confirmación de que el proceso de alimentación infantil, lejos de ser algo innato y natural, está condicionado por numerosos elementos que influyen tanto en la toma de decisión como en la experiencia vivida.

La prevalencia de LME en los seis primeros meses de vida del bebé en la XXIF (63,9% a las 6 semanas, 52% a las 16 semanas y 28,2% a los 6 meses posparto) continúa sin alcanzar las cifras recomendadas por las sociedades científicas^{45,63,64}.

Nuestros resultados con respecto a la prevalencia de LME fueron considerablemente más altos que los de un estudio realizado en la misma Área Sanitaria un año antes, en el que se obtuvo una prevalencia de LME de 57,01%, 36,94% y 11,16% en los tres momentos citados anteriormente (6 y 16 semanas y 6 meses posparto)⁷⁴. Las diferencias pueden explicarse debido a que nuestra población de estudio fueron las embarazadas que acudían a clases de EM en la XXIF, mientras que en dicho estudio, se incluía a todas las mujeres ingresadas en el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF) por un proceso de parto. Como concluyeron los autores de este estudio, la asistencia a clases de EM aumenta la prevalencia de LM tanto a los 4 como a los 6 meses⁷⁴. El motivo puede ser la sensación de control y seguridad hacia la LM que mejoran con los programas de EM¹⁸⁸. Lo mismo sucede al comparar nuestros resultados con los últimos datos disponibles en España del INE (2012)⁷⁴. La prevalencia de LME a los 6 meses fue ligeramente mayor en nuestro estudio (28,2% vs 25,5%).

Los factores sociodemográficos que influyen en el inicio y duración de la LM han sido ampliamente estudiados en investigaciones previas, que destacan una mayor edad, el estado civil casado y el nivel educativo y económico altos como los elementos que más influyen en el mantenimiento de una LM prolongada^{125,126,131}. En nuestro estudio, concluimos que la paridad es otro factor a tener en cuenta. Las mujeres multíparas tenían más probabilidades de dar LME que las primíparas. Asimismo, la experiencia previa en LM y el nivel de estudios también influyeron en la alimentación del RN, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tres momentos evaluados. Sin embargo, no encontramos asociación entre los factores sociodemográficos y la intención de alimentación que refería la madre en el tercer trimestre de gestación, lo que concuerda con los hallazgos de Symon et al.¹²⁷.

En nuestra investigación, el 90% de las participantes tuvieron intención de amamantar de forma exclusiva a sus bebés. Al igual que en otros trabajos^{127,166}, en nuestro estudio, la intención que la mujer tenía durante la etapa prenatal fue un potente predictor del tipo de alimentación que recibió ese bebé, por lo que las mujeres que deseaban alimentar a su RN con

LME lo hicieron en su mayoría. Sin embargo, continúa siendo alto el porcentaje de mujeres en las que eso no sucede y es algo que corroboramos en nuestro estudio: un 28,9% de las mujeres no cumplió sus expectativas a las seis semanas posparto. Esa cifra va en aumento a medida que avanzan los meses (un 41,1% a las 16 semanas y un 63,5% a los seis meses de edad del bebé). Según Scott¹⁸⁹ la intención es un concepto dinámico que va cambiando a lo largo del tiempo.

La guía de la IHAN recomienda fuertemente que no se les pregunte a las embarazadas por su intención de alimentación al RN con una sola pregunta cerrada¹²⁷. Es por eso que en este estudio hemos tenido en cuenta otros elementos que pudieron influir en esa decisión.

El primero de esos elementos es la actitud de la mujer hacia la LM. Tras el proceso de desarrollo y validación de la IIFAS traducida (IIFAS-t) se pudo concluir que:

La IIFAS-t tiene una fiabilidad y validez razonables. El alfa de Cronbach en nuestro estudio se situó en el rango “respetable” según la escala de valoración de Devellis¹⁴⁷, lo que indica una fiabilidad aceptable. Este hallazgo es comparable al observado en otros estudios realizados con muestras de mujeres embarazadas ($\alpha = 0,66$ a $0,87$)^{146,190-192}, exceptuando al estudio llevado a cabo por Wallis et al.¹⁴³ donde el alfa de Cronbach fue claramente inferior ($\alpha = 0,50$). Teniendo en cuenta que el coeficiente alfa evalúa parcialmente la fiabilidad de los instrumentos, es necesario analizar también la normalidad de las distribuciones¹⁹³. Los estadísticos de normalidad (Tabla 4.22) constataron que las puntuaciones globales en ambas escalas seguían una distribución normal, sugiriendo que ambas muestras tenían una estabilidad y estructura interna similar.

Por otra parte, en relación a la validez, el hecho de que las mujeres que manifestaron su intención de dar LME durante el periodo prenatal tuvieran una actitud más positiva hacia la LM que las mujeres que no mostraron dicha intención, soporta la validez de constructo de la escala. Dicho aspecto se vio reforzado por el hallazgo de que la relación entre la actitud de la madre hacia la LM (determinada mediante la IIFAS) y la prevalencia de LME se hizo más fuerte con el paso del tiempo, pudiendo dicha escala ser utilizada como instrumento único para determinar el tipo de alimentación a largo plazo. Por todo lo anterior, la IIFAS-t es un instrumento válido para evaluar las actitudes hacia la lactancia entre mujeres gestantes en España.

Además de la IIFAS, se han desarrollado otros instrumentos para estudiar la actitud de las mujeres hacia la LM¹⁹⁴⁻¹⁹⁸, sin embargo, todavía no han sido evaluadas en mujeres gestantes

españolas y presentan propiedades psicométricas limitadas. Por otra parte, la IIFAS es un instrumento fácil de administrar y cubrir, de sencilla interpretación y que no requiere amplios conocimientos estadísticos, lo que la convierte en un instrumento con buena relación coste-efectiva.

En nuestro estudio la actitud de la mujer fue neutral con tendencia positiva hacia la LM. Como cabía esperar, en consonancia con otros estudios^{129,191,199}, esa actitud estuvo relacionada con el tipo de alimentación del RN, de manera que las madres que alimentaron a sus bebés con LME tenían una actitud más positiva hacia la LM que aquellas que lo hicieron con LA o mixta.

El segundo elemento estudiado ha sido los conocimientos de las gestantes sobre LM. Los resultados obtenidos nos informaron de que los conocimientos de las participantes eran regulares (según un cuestionario de conocimientos básico que divide los conocimientos en malos, regulares y buenos)¹⁴⁰. Coincidiendo con Kornides y Kitsantas²⁰⁰ el nivel de conocimientos sobre LM que posee la mujer está relacionado con el tipo de alimentación que dará a su bebé. Las mujeres que alimentan a sus RN con LME tuvieron mejores conocimientos que aquellas que lo hacen con LA o mixta. De la misma manera, las mujeres con una actitud más positiva hacia la LM tuvieron mayores conocimientos que aquellas con una actitud neutral o positiva hacia la LA.

Además de indagar en la actitud y conocimientos que poseían las mujeres en la etapa prenatal, de nuestros resultados cuantitativos se desprendió que la experiencia de la mujer en el proceso de alimentación del RN es un elemento importante a tener en cuenta.

Varios autores han estudiado la experiencia de las madres con la alimentación del RN, incluido el proceso de toma de decisión, a lo largo de varios años y en varios países desarrollados^{166,168,201}. En España, hasta nuestro conocimiento, son escasos los estudios que han abordado la experiencia de la LM en profundidad desde una perspectiva cualitativa^{177,202}.

Seguidamente nos centraremos en aquellos aspectos referentes a la intención, actitud y conocimientos de la mujer que influyeron en la toma de decisión y en la experiencia vivida y viceversa, cómo la experiencia vivida por la mujer afectó a su actitud y a la intención de alimentación que tenía previamente.

INTENCIÓN

La intención de alimentación infantil que tenían las participantes en nuestro estudio durante el tercer trimestre de gestación está íntimamente relacionada con la práctica real en el posparto, sin embargo, continúan siendo muchas las que no lograron su objetivo inicial y alimentaron a sus bebés con L mixta o LA aun cuando su intención era hacerlo con LME.

La mayoría de las mujeres tomaron la decisión de cómo alimentar a su bebé al principio del embarazo o incluso antes de quedarse embarazadas, lo que coincide con las mujeres de otros estudios^{137,165}. Los factores que hemos detectado que influyen en el proceso de toma de decisión ocurren precozmente, como en el estudio de Roll y Cheater²⁰¹. Esto les ocurría tanto a las madres que deseaban amamantar como a aquellas que querían alimentar a sus bebés con leche de fórmula. La literatura existente¹⁶⁵ sugiere que, en la mayoría de los casos, esta opinión no cambia a lo largo del embarazo. Es decir, la mujer que tiene pensado dar LA, finalmente lo hace, y la que desea dar LM, inicia el amamantamiento, independientemente del tiempo que éste dure. Lo mismo detectamos en nuestro estudio. Coincidiendo con Nelson¹⁶⁸, la alimentación del RN es una decisión personal, que las atañe únicamente a ellas. Este autor se encuentra en su metasíntesis con que hay mujeres que una vez que empiezan a amamantar, se dan cuenta de lo que realmente supone y se cuestionan si la LM será siempre “lo mejor”.

Mayoritariamente las participantes tenían intención de amamantar a sus bebés, bien de forma exclusiva o parcial²⁰¹ y son pocas las que tenían claro desde el principio que deseaban dar LA. En estos casos, las principales razones eran: porque no querían, con el fin de que otras personas pudiesen cuidar del bebé o por el miedo a revivir una mala experiencia que la mujer haya vivido en su entorno cercano en relación a la LM. Las principales razones por las que las participantes deseaban amamantar eran: para proporcionar al bebé los nutrientes necesarios además de prevenirle enfermedades. Estos aspectos de nuestro estudio ya habían sido recogidos por otros autores^{136,167,175}.

Se barajaron varias circunstancias que pudiesen influir en la “brecha” existente entre la intención de la mujer en el parto y la alimentación que finalmente recibe su hijo.

La primera de ellas es la posibilidad de que hubiese una sobreestimación de las mujeres que realmente deseaban lactar de forma exclusiva a sus bebés. Es decir, mujeres que dijese que deseaban hacerlo porque es lo que está aceptado socialmente, sin embargo, no lo estuviesen decidiendo libremente. Para ello nos basamos en los hallazgos de Roll y Cheater²⁰¹, que

afirman que cuando una mujer decide dar LA, esa decisión no está exenta de costes. Sheehan et al.¹⁷⁵ incluso sugieren que algunas madres ocultan su intención de dar LA para evitar juicios negativos por parte de los demás.

Según Murphy¹⁶⁹, el “mantra” de “el pecho es lo mejor” domina el contexto en el cual las mujeres deciden alimentar a sus hijos y puede provocar que las madres que deciden hacerlo con leche de fórmula sean juzgadas como “malas madres”. Las propias mujeres, según este autor, son conscientes de que, tomen la decisión que tomen, pueden ser juzgadas y por ello, las razones que dan sobre su elección están construidas para protegerlas de las acusaciones de ser “menos madres”. Las que peor parte llevan en esto son las mujeres que eligen desde el primer momento LA, ya que, aquellas que intentan LM y posteriormente cambian a LA, pueden argumentar que sus buenas intenciones se vieron truncadas por los acontecimientos¹⁶⁹.

Esto concuerda con nuestros hallazgos de la fase cualitativa, en los que el concepto de LM como sinónimo de “buena madre” surgió como una categoría. Para algunas de las mujeres, esa construcción ha implicado una motivación para lactar pero para otras fue motivo de malestar, ya que se sintieron juzgadas. En ocasiones han sido las propias madres las que han juzgado a otras madres que no deseaban lactar. En sentido inverso, aquellas que optaron por LA presentaron una serie de prejuicios hacia las madres lactantes y se anticiparon a los posibles juicios de valor de los que consideraron que podían ser víctimas. En definitiva, hemos detectado la presencia de un juicio bidireccional, de unas madres hacia otras.

En este sentido, Roll y Cheater²⁰¹ sugieren que hay madres que inician la LM con claras intenciones de hacerlo y hay otras que lo intentan brevemente en respuesta a la presión que perciben por parte de los profesionales, la familia y su propio concepto de buena madre, lo que podría explicar la actitud neutral hacia la LM en las mujeres de nuestro estudio.

El discurso muy pro LM de los profesionales ha sido detectado en nuestro estudio. No hemos podido determinar el efecto que ello tuvo sobre la intención de la mujer pero según Spencer et al.¹⁷⁶ puede producir un efecto contrario al deseable: que esas mujeres no acudan a un profesional en el momento en que necesiten ayuda con la LM. Según este autor¹⁷⁶, en ocasiones es tal la presión a la que se ven sometidas las madres a la hora de tomar la decisión, que deciden dar LM al bebé durante unos días para no tener que dar explicaciones ni excusas a nadie, ya que, parece más aceptable elegir LM y posteriormente cambiar a fórmula, que decidir fórmula desde el principio.

Tanto los profesionales como los no profesionales a veces confunden el concepto de apoyo a las madres con el de consejo, dejando a un lado los deseos de la mujer, juzgándola e incluso administrando biberones en contra de su voluntad²⁰³. Es importante, como se constató en nuestro estudio, que la asesoría de LM se realice sin presionar a la mujer con el fin de que no se sienta culpable en caso de que la LM no funcione²⁰³. Las participantes demandaron una relación más colaborativa, menos rígida y más empática, para que ellas puedan elegir libremente. Esta relación también fue descrita en el estudio de Moore y Coty²⁰⁴. Tennant et al.²⁰⁸ indican que a veces es difícil conseguir el equilibrio entre animar y persuadir a la mujer sin que parezca acoso.

La segunda posible causa de la falta de congruencia entre la intención de la mujer y lo que llevó a cabo en el posparto es el apoyo que recibe a lo largo del proceso, algo íntimamente ligado a las dificultades con las que se encuentra.

Numerosos autores^{14,32,33} están de acuerdo en que el asesoramiento de la LM constituye una parte esencial del cuidado de la madre y el niño debido a los múltiples beneficios que se le atribuyen a este tipo de alimentación.

Las participantes en nuestro estudio demandaron un apoyo que, según ellas, debía venir dado por parte de su pareja y familiares (apoyo informal) y por el profesional sanitario (apoyo formal), tanto en el hospital como en AP, algo con lo que están de acuerdo Hauck et al.²⁰⁵. Este apoyo, respecto a cuestiones técnicas y también emocionales¹⁸³, en ocasiones fue descrito como facilitador pero en otras, las mujeres lo percibieron como distorsionador^{166,183}. En el periodo posparto, decían sentirse abandonadas y detectaron una incongruencia entre la promoción de la LM en la etapa prenatal (según algunas, en ocasiones es una promoción incluso exagerada) y el apoyo posnatal. Graffy et al.¹⁸² destacan que la ayuda que las mujeres necesitan respecto a la LM va más allá de las primeras semanas posparto, momento en que se centran la mayoría de los estudios. A la hora de la incorporación al trabajo o en el momento del destete las madres necesitan también asesoramiento, ya que, como podemos extraer de nuestros resultados cualitativos, la conciliación de la vida laboral con la LM es un motivo de preocupación de las participantes.

Las participantes destacaron el valor de los consejos y apoyo profesionales en cuanto a la alimentación infantil. Sin embargo, reclamaron que en ocasiones recibieron información contradictoria por parte de los profesionales para resolver ciertos problemas con la LM.

Algunos autores ya han detectado en los profesionales sanitarios una falta de conocimientos y seguridad para resolver determinadas cuestiones relacionadas con el pecho^{77,203,206}.

Esto derivó en una serie de actitudes no favorecedoras de la LM por parte de los profesionales, que pudimos constatar con el discurso de nuestras participantes. Un ejemplo es la contradicción que han detectado las mujeres entre los distintos profesionales con respecto a la suplementación del bebé con leche de fórmula, y que en numerosas ocasiones, discrepaba también con la opinión de las madres, que deseaban amamantar de forma exclusiva.

En este sentido, la Guía de Educación Maternal Prenatal del SERGAS incluye los criterios médicos de suplementación que se deben tener en cuenta y que están avalados por la OMS⁹⁷.

Una de las principales razones por las que los profesionales aconsejaban suplementar al bebé con fórmulas adaptadas era porque el bebé no alcanzaba el percentil adecuado, según las tablas de crecimiento utilizadas por el pediatra. Esto transmitía inseguridad a las mujeres, que sobredimensionaban el concepto de percentil y veían validada su capacidad de amamantar en los controles pediátricos de peso; si el bebé estaba creciendo y ganando peso, ellas lo estaban haciendo bien²⁰⁴.

En relación al abandono descrito por algunas participantes en el periodo posparto, cabe destacar que durante la realización de este estudio, el seguimiento posparto en AP no estaba protocolizado, dejando en manos de cada matrona el cuidado de este periodo fundamental para el apoyo de la LM. Referente a esto, en el mes de marzo de 2016 se ha publicado la nueva Guía de Atención al Embarazo de la XXIF²⁰⁷ que recomienda una visita puerperal a los 2-4 días del alta hospitalaria. Esto, junto con el programa “Conecta 72” (consistente en una llamada que la matrona debe hacer a todas las mujeres que han parido 72 horas después del alta hospitalaria) constituyen medidas de apoyo posparto que se han instaurado posteriormente a la recogida de datos de nuestra investigación y que consideramos requieren de un proceso de evaluación, tanto por parte de profesionales como de las mujeres.

Las participantes señalaron como dificultades situacionales las normas horarias estrictas en las unidades neonatales, la falta de protocolos que consensuen la opinión de los distintos profesionales, las prácticas clínicas no basadas en la evidencia, como la doble pesada antes y después de la toma y la gran carga de trabajo a la que se ven sometidos los profesionales. Esto concuerda con los resultados del estudio de Laanterä²⁰³, realizado a una población de profesionales y que identifica estos elementos como factores que dificultan el apoyo a la LM. Por su parte, Sebastián⁸² identifica la necesidad de los profesionales de profundizar en sus

propias creencias y actitudes hacia el amamantamiento, más allá de conocimientos teóricos sobre las bondades de la leche materna. De hecho, algunos médicos consideran que la asesoría de LM no es una prioridad en las unidades por lo que no merece la utilización de su tiempo²⁰⁸.

Las participantes también destacaron el apoyo informal y, dentro de él a las parejas y a las abuelas como elementos principales. Barona-Vilar et al.²⁰² destacan, además, otras figuras como los amigos, las hermanas o las suegras. Watkins y Dogson⁷⁷ señalan que este apoyo informal tiene más importancia en el proceso de la LM que el que proporcionan los profesionales. De hecho, las mujeres suelen preferirlo ya que destacan la dimensión emocional que proporciona este tipo de apoyo por encima de la información o del apoyo práctico²⁰⁹, lo que coincide con la empatía que reclamaron las mujeres de nuestro estudio. En este sentido, García y Esparza²¹⁰ destacan que cualquier intervención educativa es beneficiosa para aumentar la prevalencia de LM a corto y largo plazo y añaden que es mejor si esa intervención es realizada de forma conjunta por profesional sanitario y no sanitario y de forma combinada en el parto y posparto.

En nuestro estudio no hemos tenido en cuenta si las madres de las mujeres habían amamantado o no, algo poco probable dada la edad de las participantes y la baja prevalencia de LM en España en los años 70-80⁹. Según Hauck et al.¹⁸³ esto influye en el apoyo que recibe la mujer por parte de su madre. Las abuelas que han amamantado, apoyan más a sus hijas en la LM. Por ese motivo hay autores que consideran que se debe incluir a las abuelas en las estrategias de intervención con el fin de que se involucren y den un soporte proactivo a sus hijas^{137,161}. En un estudio realizado en 1997, Rust¹⁶¹ obtiene que las mujeres cuyas madres apoyan la LM amamantan con una tasa del 97%, sin embargo aquellas cuyas madres apoyan la LA sólo amamantan en un 25%.

Algo similar ocurre con las parejas, por lo que es importante que la actitud de la pareja hacia la LM sea consecuente con la de la mujer, algo que, según Scott et al.¹²⁹ sucede generalmente. Aquellas mujeres cuyas parejas apoyan la LM, amamantan en un 84%, mientras que si apoyan la LA, esta tasa se reduce al 16%. Roll C y Cheater²⁰¹ lo explican en su revisión por el impacto que tienen los modelos femeninos en la mujer. Las mujeres que a lo largo de su vida han estado expuestas a madres lactantes tendrán más probabilidades de amamantar.

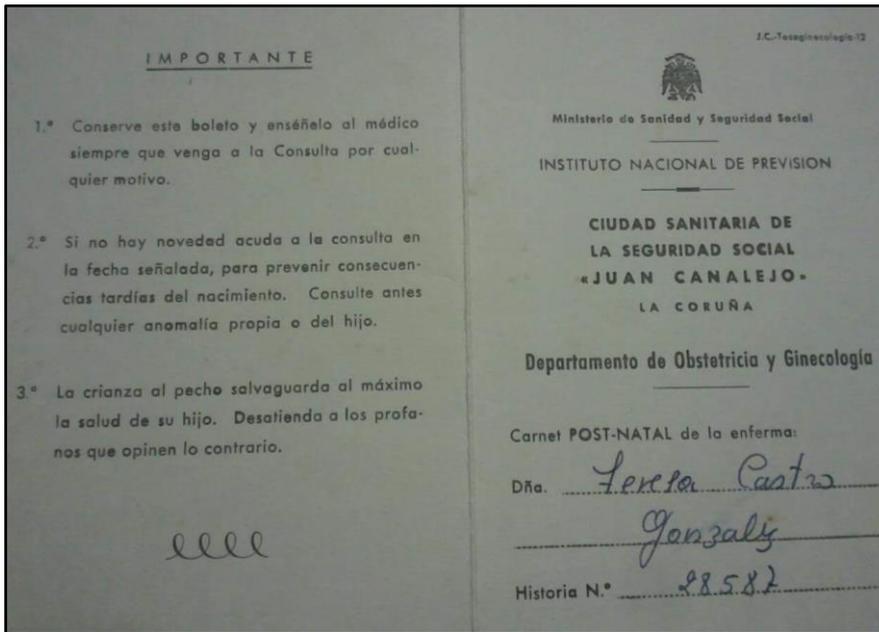


Figura 4.1: Cartilla de nacimiento del Hospital Juan Canalejo de A Coruña.

En contra del argumento en relación a la cultura de biberón, podemos encontrar pruebas de buenas prácticas clínicas llevadas a cabo en los hospitales, a favor de la LM. Un ejemplo de ello es esta cartilla de nacimiento (figura 4.1), que data del año 1975 en la que se anima a la mujer a amamantar y a hacer caso omiso de quienes digan lo contrario.

Los grupos de apoyo a la LM son otra forma de apoyo informal. Las mujeres entrevistadas no habían acudido a ningún grupo de apoyo a la LM a pesar de ser conocedoras de su existencia. Reconocieron que pueden prestar un apoyo adecuado a la mujer lactante pero al mismo tiempo se refirieron a ellos como grupos que dan una imagen muy radicalizada de la LM, lo que, según ellas, puede ser fuente de la discriminación que sufren las mujeres que quieren dar LA. Su opinión coincide con la literatura, mientras Graffy et al.¹⁸² destacan el apoyo de pares como un soporte muy adecuado y agradecen la capacidad de estas personas de escuchar, no juzgar y el hecho de que todas ellas han sido madres que han dado LM, en el estudio realizado por Moore y Coty²⁰⁴ las mujeres afirman haber recibido diferentes opiniones acerca de las consultoras de lactancia. Denuncian una supuesta actitud muy agresiva por parte de las mismas, proporcionando consejos de manera muy poderosa sin tener en cuenta la opinión de la mujer, exponiendo el pecho de la mujer para observar las tomas y tocándolo sin previo permiso²⁰⁴.

Puede resultar contradictorio como por un lado hay mujeres que se sienten juzgadas por optar por la LA y por otro, hay mujeres que, en su empeño por dar LM tienen que “luchar” contra

opiniones provenientes tanto de profesionales como no profesionales, que las animan a alimentar a sus bebés con L mixta o LA¹⁸².

En nuestro estudio existió una intención por parte de los profesionales, probablemente influenciados por las políticas sanitarias o por la sociedad, de promocionar la LM pero hubo una falta de soporte para esta promoción. En el hospital, según describieron las participantes, se animaba a las mujeres a lactar pero en sus descripciones no identificaron una asesoría propiamente dicha. Por otro lado, las mujeres que deseaban dar LM y tenían a su bebe ingresado en neonatos se les trataba de convencer de que le diesen suplemento (o incluso se lo daban sin informar a los propios padres). Esta situación, detectada por las participantes, que visibiliza una incongruencia entre el apoyo preparto y posparto, podría explicarse porque durante el embarazo la promoción de la LM la hace fundamentalmente la matrona. Sin embargo en el posparto intervienen más profesionales, por lo que se hace evidente la necesidad de trabajar desde un enfoque multidisciplinar; utilizando protocolos actualizados y formando al personal de nueva incorporación. Actualmente, en el CHUF, la función de la matrona continúa limitada al paritorio, lo que dificulta un seguimiento del posparto de la mujer, que es recibida en planta de obstetricia por personal de enfermería, que generalmente carece de formación específica en LM, cambia de turno cada 8 horas y en numerosas ocasiones tiene una carga de trabajo excesiva .

Symon¹²⁷ señala que cuando la intención de alimentar al bebé en el preparto coincide con lo que la mujer lleva a cabo, la satisfacción de la mujer aumenta. Es decir, las mujeres más satisfechas con la alimentación de su RN son aquellas que dan LA y tenían la intención de hacerlo, y aquellas que tenían intención de amamantar a sus bebés y así lo hacen. Cuanto más dura la LM más satisfecha está la mujer⁶⁶. Aunque en el presente estudio no hemos evaluado la satisfacción de la mujer como tal, sí tenemos datos sobre si su intención coincidió con lo que realmente ocurrió en el posparto. Como ya hemos comentado, un porcentaje alto de nuestras participantes no vio cumplidas sus expectativas. Además, basándonos en sus discursos, surgieron más sentimientos negativos que positivos, lo que podemos relacionar con una baja satisfacción. Así, sentimientos de desesperación, frustración y culpa están presentes en el discurso de las mujeres y son más frecuentes en aquellas mujeres que no han visto cumplidas sus expectativas y/o que tenían una actitud neutral hacia la LM.

Algunas mujeres consiguieron superar esos sentimientos negativos, centrándose en la idea de que sus bebés crecen sanos y de que han hecho lo que han podido. Otras, meses después del parto reconocieron sentirse culpables por no haberle dado lo “mejor” a su bebé,

emocionándose mientras lo cuentan. Según Mazingo et al.¹⁷⁹ la forma en que las mujeres expresan los sentimientos negativos que experimentan cuando no alcanzan su objetivo inicial es la parte más conmovedora de sus discursos.

ACTITUD

Los resultados de la actitud en relación a la LM de nuestras participantes, obtenidos mediante la IIFAS-t, fueron de $69,76 \pm 7,75$, ligeramente superiores a los obtenidos por Scott et al.¹⁸⁹ ($61,3 \pm 1,5$) en España y superiores también a los obtenidos en otros países europeos (Escocia $64,4 \pm 1,4$; Suecia $62,7 \pm 1,5$; Italia $62,5 \pm 1,5$). Hay que tener en cuenta que los datos del estudio de Scott et al.¹⁸⁹ han sido recogidos en Granada, por lo que puede haber diferencias socioculturales entre ambas regiones. Asimismo, nuestras participantes también tuvieron una actitud más positiva que las del estudio realizado por Tomás-Almarcha²¹¹, que incluye seis hospitales de la zona este de España ($66,12 \pm 7,86$) a pesar de que todos los hospitales incluidos en este estudio se encontraban implementando medidas para mejorar la práctica de la LM (dos de ellos cuentan con la acreditación IHAN). Ese estudio no especifica, no obstante, si las mujeres habían acudido a clases de EM o no, ya que la encuesta se cubrió en una consulta prenatal, algo que podría explicar las diferencias con respecto a nuestro estudio, ya que, según apunta Lázaro Melero²¹², las mujeres que acuden a clases de EM obtienen mayor puntuación en la IIFAS. Asimismo, los resultados de IIFAS-t fueron ligeramente más altos que los del estudio realizado en Castilla y León en el año 2014²¹² ($65,32 \pm 7,82$), en el que el 70% de las mujeres habían acudido a clases de EM. En este caso, las encuestas habían sido cubiertas durante la estancia hospitalaria y no en el tercer trimestre de gestación, lo que puede justificar las diferencias encontradas, ya que las participantes en nuestro estudio aún no habían vivido la experiencia de la LM²¹².

En este apartado se discute la explicación de la gran cantidad de mujeres que, a pesar de tener intención de alimentar a sus hijos con LME, muestran una actitud neutral hacia la LM. Para ello, destacaremos los ítems de la IIFAS-t cuya puntuación media es neutral o positiva hacia la LA o aquellos que, a pesar de obtener una puntuación más alta, consideramos de especial importancia por su gran influencia en la toma de decisión o en la experiencia vivida por la mujer.

El único factor sociodemográfico relacionado estadísticamente con la puntuación en la IIFAS-t fue la paridad. Las mujeres multíparas mostraron una actitud más positiva hacia la LM que las

primíparas. Lazaro Melero²¹² destaca la experiencia anterior en LM y la edad menor de 35 años como factores relacionados con una mayor puntuación en la IIFAS.

El ítem que obtuvo menor puntuación fue el 17 “Una madre que bebe alcohol ocasionalmente no debería amamantar a su bebé” y el que obtiene mayor puntuación fue el 16 “La leche materna es menos cara que la leche artificial”, lo que coincide con el estudio realizado por Lázaro Melero²¹².

Los ítems a destacar en la IIFAS-t son los siguientes:

Ítem 1. Los beneficios nutricionales de la leche materna únicamente se mantienen hasta que el bebé es destetado.

Esta afirmación está íntimamente relacionada con los conocimientos pero a su vez también con la actitud, en el sentido de que las participantes con una actitud neutral o positiva hacia la LA tendían a negar los perjuicios de la leche de fórmula o a defender la igualdad de las dos leches y a mitigar, de alguna forma los beneficios de la LM, con el fin de justificar su decisión de dar LA a su bebé^{168,169}.

Ítem 9. Los bebés que se alimentan con leche materna son más sanos que los bebés que se alimentan con leche artificial.

La gran mayoría de las mujeres (93,6%) consideró que la LM es la alimentación ideal para el RN. Sin embargo, el 30% mostró cierto escepticismo sobre la mejor salud de los niños alimentados a pecho en comparación con aquellos que consumen LA, y un 22% opinó que los dos tipos de alimentación son igual de saludables para el bebé. A través del análisis cualitativo hemos podido constatar que esto estuvo relacionado con la actitud de la mujer hacia la LM. Aquellas mujeres con una actitud neutral o positiva hacia la LA, reconocían los beneficios de la leche materna pero lo hacían con cierta precaución. En primer lugar, hablaban de esos beneficios porque alguien se lo había contado, no lo afirmaban en primera persona. Por otro lado, siempre se referían a los beneficios de la leche materna pero nunca a los perjuicios de la leche artificial e insistían en resaltar la igualdad de los dos tipos de leches (materna y artificial). Murphy¹⁶⁹ identifica este comportamiento y lo justifica por la necesidad de las mujeres de legitimar su decisión, tanto si desean dar leche de fórmula desde el principio, como si comienzan con LME y cambian posteriormente a LA. Dado que en nuestro estudio la IIFAS-t ha sido cubierta durante el 3º trimestre de gestación, cuando la mujer desconoce cómo será la experiencia que va a vivir, podríamos decir que algunas mujeres son conscientes de que quizá

no consigan dar LME y se adelanten a esa justificación, lo que se relaciona con el escepticismo social sobre la capacidad de amamantar de la mujer^{165,201,213}.

Ítem 5. Los bebés que se alimentan con leche artificial son más propensos a estar sobrealimentados que los alimentados con leche materna.

Ítem 10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a estar sobrealimentados que los alimentados con leche artificial.

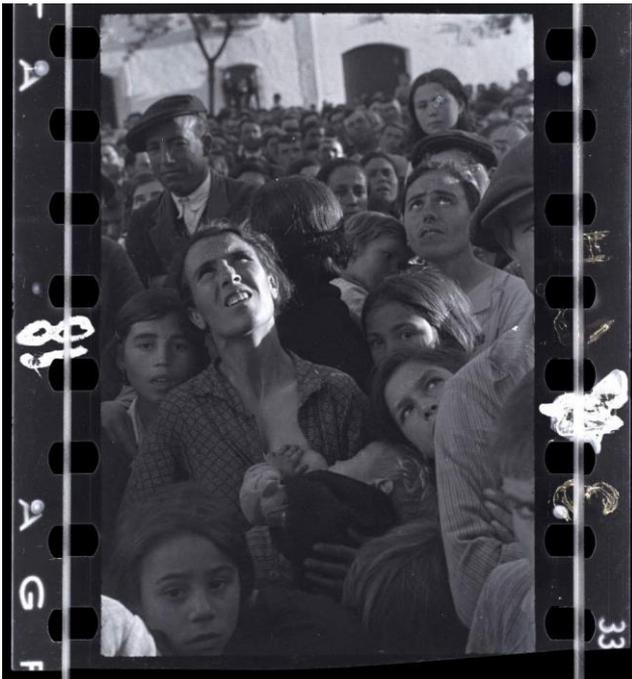


Figura 4.2: Portada del libro “El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias”²¹⁴.

Existió una incongruencia entre el ítem 5 y 10 que se puede explicar a través de la creencia popular de que ganar peso está relacionado con salud y prosperidad. Esto es muy común en una sociedad, como es la española, que ha vivido una época de grandes carencias durante la Guerra Civil y donde la LM se ha asociado a pobreza durante muchos años. La portada del libro “El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias”²¹⁴ (figura 4.2) es un claro reflejo de lo que mucha gente asociaba con la LM, como algo propio de familias sin recursos económicos y de nivel sociocultural bajo.

Ítem 6. La lactancia artificial es la mejor elección si la madre planea trabajar fuera de casa.

El 34,5% de las mujeres creía que la LA es la mejor opción si la madre trabaja fuera de casa. Esto se puede explicar por las condiciones de conciliación de la vida laboral y familiar que existen actualmente en España y que, según hemos podido verificar en la fase cualitativa, es motivo de preocupación en la totalidad de las mujeres entrevistadas.

Las mujeres que, a pesar de no querer separarse de su bebé, se sienten bien con su trabajo y desean incorporarse nuevamente, puede ser, según Lóóf-Johanson¹⁸⁰ por un deseo de recuperar su rol profesional y su salario y por las obvias ganas de conseguir la igualdad de género. Según una mujer en ese estudio: “la LM se ve amenazada por la igualdad de género y la vida laboral”.

Y es que, el tiempo privado y “reproductivo” carece del reconocimiento social que tiene el tiempo “productivo” y público. Nuestra misión, según Camps²¹⁵, es transmutar los valores y conseguir que el tiempo reproductivo sea adecuadamente valorado. No es cuestión de renunciar a la vida privada sino tratar de compatibilizarla con la pública, objetivo totalmente inalcanzable sin voluntad política y esfuerzo, tanto por parte de los hombres como de las mujeres. De cuál sea la situación actual y futura de la mujer dependen muchas otras cosas (la educación de los hijos, el cuidado de los enfermos y ancianos, la estabilidad de la familia...), por lo que, la conciliación no debería ser únicamente interés de las mujeres, sino, de interés general en la sociedad²¹⁵. Massó Guijarro⁸ suscribe a Camps²¹⁸ y defiende una reevaluación del ámbito doméstico y de la LM como trabajo generador de riqueza de varios tipos: material (a través de minimizar costes como veíamos en la introducción) y también inmaterial e intangible.

En general, como se desprende del análisis cualitativo, los espacios en el trabajo no se adaptan a las necesidades de las madres lactantes. La existencia de un lugar tranquilo, confortable e íntimo donde poder extraerse leche resulta indispensable.

Es muy importante que el apoyo a la madre lactante, tanto profesional como no profesional, continúe una vez que la mujer se haya incorporado a su puesto de trabajo, con el fin de que no abandone la LM, si en realidad su deseo es continuar con ese tipo de alimentación.

Ítem 7. Las madres que alimentan a sus bebés con leche artificial se pierden uno de los grandes placeres de la maternidad.

El 93,6% de las mujeres afirmaron que la LM aumenta el vínculo entre madre e hijo (ítem 3. Tabla 4.7). Por otro lado, un porcentaje importante, el 38,7% no creía que por el hecho de alimentar a su bebé con fórmula, se perdiesen uno de los placeres más grandes de la maternidad, lo que concuerda con los hallazgos de la fase cualitativa sobre la sobrevaloración del vínculo entre madre e hijo. Según ellas, la maternidad es un todo donde la alimentación del bebé es sólo una parte.

Además de los beneficios sobre la salud, el vínculo que la LM fomenta entre madre y bebé es algo que ha surgido en todas las entrevistas, pero difiere el enfoque que le dieron unas mujeres y otras. En nuestro estudio únicamente las participantes con una actitud positiva hacia la LM se refirieron al vínculo entre madre e hijo como un aspecto positivo de la LM. El resto de mujeres (neutrales y positivas hacia la LA) lo hicieron desde una visión negativa o de sobrevaloración de dicho vínculo. Esto supone una novedad con respecto a la literatura existente. En nuestro estudio, ninguna de las participantes con una actitud neutral que deseaban dar LME, lo consiguieron durante el tiempo que ellas querían. Symon et al.¹³² relacionan esa incongruencia entre la intención y el resultado con la insatisfacción, lo que podría explicar el vínculo negativo descrito por estas mujeres.

En la revisión sistemática realizada por Rool y Cheater²⁰¹ todos los estudios incluidos hablan del vínculo entre madre e hijo como una influencia positiva para la toma de decisión. Esta revisión sólo incluye estudios realizados en la etapa prenatal, por lo que cabe pensar que el concepto de vínculo como algo negativo o sobrevalorado que aparece en nuestro estudio sea consecuencia de una mala experiencia posparto.

Ítem 17. Una madre que bebe alcohol ocasionalmente no debería amamantar a su bebé.

La baja puntuación obtenida en el ítem 17, respecto a la incompatibilidad del consumo ocasional de alcohol y la LM, algo observado también por otros autores^{190,212}, sugiere que se necesita más información sobre la compatibilidad del consumo ocasional de alcohol y la LM de manera que la LM no sea considerada un hándicap en ese sentido. Para ello, puede resultar útil instruir tanto a los profesionales como a las mujeres en el uso e interpretación de la página web e-lactancia.org²¹⁶. Esta web, fruto del trabajo de pediatras pertenecientes a la APILAM (Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la LM), y recomendada por numerosas entidades (IHAN, El parto es nuestro, La Leche League, Academy of breastfeeding medicine, Asociación Española de Bancos de Leche Humana...) recoge la compatibilidad de la LM con más de 20000 sustancias. Con respecto al alcohol, en la citada web recuerdan el riesgo alto del consumo de alcohol para el bebé alimentado con LM, pero a su vez, nos informa del tiempo necesario a esperar desde que se realiza un consumo ocasional de alcohol y el amamantamiento, de manera que aparecen unas claras indicaciones para una mujer media de 60 kg: evitar dar el pecho hasta 2,5 horas después de beber un vaso de vino; 5 horas después de dos tercios de cerveza y 7,5 horas si ha bebido tres copas de licor. Otro recurso válido es LactMeds²¹⁷.

Ítem 8. Las madres no deberían amamantar en sitios públicos, como restaurantes.

Un 16% de las mujeres opinó que no se debe lactar en sitios públicos o bien se mostró con una actitud neutral hacia esa afirmación. Si bien es cierto que la gran mayoría (84%) estuvo de acuerdo con esa práctica, consideramos que el no estar de acuerdo puede ser un elemento de fuerte influencia ya que supone una forma de exclusión o autoexclusión y discriminación de la mujer a la vida privada.

Nuestros resultados fueron más favorecedores hacia la LM que los hallados por Scott et al.¹⁸⁹ en su estudio que incluye cuatro países europeos, entre ellos España, con únicamente un 42% de mujeres con una actitud positiva hacia la LM en relación a este ítem. Concluyen que la actitud presentada por la madre es un potente predictor de la probabilidad de amamantar en sitios públicos. En el mismo estudio, se ha observado que el hecho de haber amamantado en público está relacionado con la duración de la LM, con menor riesgo de destete a los 12 meses en las mujeres que han practicado la LM en público. Hay que tener en cuenta, que este estudio, a pesar de estar publicado en 2015, utiliza datos recogidos entre 2004-2005, por lo que cabe pensar que la mentalidad de la población hacia la LM en público está cambiando en nuestro país hacia una mejor aceptación de esta práctica, lo que explicaría las diferencias con respecto a nuestros resultados.

La teoría de “El comportamiento planificado”¹⁷⁸ establece que la intención de un individuo es el primer determinante de su comportamiento, donde su intención depende, por un lado de la actitud frente a ese comportamiento; de cuánto control tenga sobre el mismo y de las expectativas sociales en desarrollar ese comportamiento. Por lo tanto, el comportamiento de las mujeres no sólo está influenciado por su actitud hacia la lactancia en público sino por las normas sociales, es decir, lo que ellas perciben que la sociedad aprueba o no. De hecho, y coincidiendo con Forster y McLachlan¹⁷², la mayoría de las mujeres cree que lactar en público no se considera natural en nuestro país. La “vergüenza” es citada, en ocasiones, como la razón para no escoger LM o para destetar al bebé¹⁸⁹, algo que coincide con nuestras participantes, que a pesar de que consideraban que era algo normal, sentían vergüenza, pudor o creían que podían hacer sentir mal a otras personas si lactaban en público. Fueron muy pocas las mujeres que hablaban únicamente de forma positiva y natural cuando se les preguntaba sobre esa cuestión.

En nuestras entrevistas no ha surgido, sin embargo otros autores^{137,204} apuntan hacia la sexualización de la LM por parte de la sociedad, como la causa de la no aceptación de la

lactancia en público. Prueba de ello son las culturas donde el pecho no es percibido como un objeto erótico, en las que las mujeres amamantan libremente en público.

Smith¹⁶¹ identifica tres funciones potenciales del pecho femenino: alimentar al bebé, proporcionar placer a la mujer y proporcionar placer a su pareja. Esta autora sugiere que la función que está más legitimada de las tres es la de proporcionar placer a la pareja. Se apoya en la idea de que raramente en los medios de comunicación el pecho se representa de una forma no sexual y en la controversia que existe en EEUU respecto a la lactancia en público. Desarrolla la *“Permission Theory of Breastfeeding”* que sugiere que mientras se considere que la función principal del pecho es proporcionar placer a la pareja, éste será visto como de su propiedad. De esta teoría se desprende la idea de que la mujer necesita la aprobación de su pareja para lactar en público²¹⁸.

En este sentido, según Mitchell-Box y Braun²¹⁹ cuando se les pregunta a los padres, la mayoría opina que aunque la LM es algo natural, no es apropiado lactar en público. Según ellos, las mujeres que lo hacen están traspasando una delgada línea entre lo decente y lo inmodesto. Algunos lo soportan mientras sus mujeres se cubran el pecho lo máximo posible, mientras que otros creen que la mujer se debe retirar a otra habitación. Al igual que ocurre con las mujeres, los hombres que provienen de una familia en la que han visto amamantar a sus madres, tías o hermanas lo ven como algo totalmente natural²¹⁹.

En nuestro estudio no hemos tenido en cuenta la construcción que los padres realizan en el proceso de alimentación del RN pero, teniendo en cuenta que las madres los consideraron un elemento esencial de apoyo en este proceso, es importante tener en cuenta su opinión ya que puede influir en el comportamiento de las madres hacia la lactancia en público.

Ítem 11. Los padres se sienten excluidos si la madre amamanta.

Las participantes que deseaban alimentar a sus bebés con LA señalaban como uno de los motivos de su elección el hecho de poder compartir el cuidado del bebé con el padre. Creían que podrían sentirse excluidos si amamantaban. También las madres que deseaban dar LM opinaban sobre esto y creían que a veces los padres no saben cuál es su sitio en el momento del amamantamiento. Otros decían sentirse felices cuando la mujer cambiaba de LM a LA ya que podían participar del proceso de alimentación del RN.

A pesar de estar de acuerdo con nuestros hallazgos, Mitchell-Box y Braun²¹⁹ destacan que la mayoría de los padres prefiere facilitar la LM y coinciden en que la decisión de cómo alimentar al RN la debe tomar la madre, quedando ellos en un segundo lugar.

A ese respecto, Earle¹⁶⁵ sugiere que eso es una manifestación de machismo ya que, con comentarios de ese tipo se les está negando de alguna manera a las mujeres el privilegio de vivir una experiencia satisfactoria y empoderadora como es la LM, algo que pueden realizar únicamente ellas.

CONOCIMIENTOS

En general, de acuerdo con la literatura existente, las participantes conocían los beneficios que se otorgan a la LM, principalmente en relación a la salud^{202,212,220}. Fundamentalmente se centraron en los beneficios que este tipo de alimentación tiene para el RN, pero también para ellas mismas¹⁶⁵. En esto coincidieron todas las participantes, independientemente de su actitud hacia la LM o de la intención que tenían de alimentar a su hijo.

Nuestras participantes poseían un nivel de conocimientos regular, que estuvo estadísticamente relacionado con la edad (a mayor edad, mayor conocimiento)^{221,222}, la paridad (las multíparas obtuvieron mayores conocimientos que las primíparas) y el nivel de estudios (a mayor nivel de estudios, mayores conocimientos sobre LM)²²², lo que concuerda con los hallazgos de otros autores^{140,222-224}.

El nivel de conocimientos sobre LM de las participantes estuvo relacionado con la intención que tenían de alimentar a sus bebés. Las mujeres que tenían pensado alimentar a sus bebés con LA o mixta tuvieron menores conocimientos sobre LM que aquellas que deseaban hacerlo con LME. Algunas participantes, como apunta Radzysinski¹⁶⁷, deciden amamantar después de acudir a clases de EM o leer algún libro recomendado por la matrona y conocer así las numerosas ventajas de la LM.

El nivel de conocimientos también estuvo relacionado con la actitud de la mujer hacia la LM. Las mujeres con una actitud positiva hacia la LM tuvieron mayores conocimientos que aquellas con una actitud neutral o positiva hacia la LA. Esto hemos podido constatarlo a través del análisis cualitativo, ya que ninguna participante con una actitud neutral ni positiva hacia la LA atribuyó beneficios de la LM a la madre. Únicamente destacaron los beneficios para el RN, lo que implica menores conocimientos. En esto no coinciden Guerrero y Vera²²⁵, que concluyeron que a pesar de tener una actitud muy buena hacia la LM las mujeres no poseían los

conocimientos adecuados. Según estos autores, esto puede explicarse porque la actitud se ve influenciada por la personalidad y por el entorno que rodea a la madre, no solo por los conocimientos. Graffy et al.¹⁸² sugieren que el hecho de conocer la “diferencia” que la LM puede suponer para sus bebés, podría motivarles a continuar cuando surgen dificultades. Sin embargo, otros autores sugieren que a pesar de que cada vez las mujeres están más informadas de los beneficios de la LM, estos conocimientos son atenuados por la preocupación por los aspectos negativos de la LM, como son las complicaciones²⁰¹. Por otro lado, las participantes que alimentaron a sus hijos con LA, a pesar de reconocer los beneficios de la LM, hicieron hincapié en la supuesta igualdad de los dos tipos de alimentación del RN e incluso en las ventajas que la LA puede aportar, tanto a la madre como al bebé, apuntando que la LA tiene vitaminas extra que ayudan al desarrollo del bebé¹³⁷. Según Nelson¹⁶⁸, las mujeres que no reconocen los perjuicios de la LA puede ser que lo hagan por una necesidad de justificar su comportamiento. Este autor se refiere a esta actitud como “*denial of injury justification*” (negación del daño como justificación).

Como comentamos anteriormente, el nivel de conocimientos estuvo relacionado con la alimentación que recibió el bebé (resultados). Las mujeres que alimentaron a sus RN con LME tuvieron mayores conocimientos que aquellas que lo hicieron con LA o mixta, lo que concuerda con los hallazgos de otros autores^{200,220}.

La gran mayoría de las participantes consideraba que mientras esté alejada de su bebé, preferiblemente debía darle leche materna extraída (LM en diferido), sin embargo, sólo el 40% de las madres tenían conocimientos sobre el tiempo que se puede conservar la leche materna extraída a temperatura ambiente. Esto evidencia la necesidad de asesorar a las madres tanto en la extracción como en la conservación de la leche materna de cara a separarse de su bebé, tanto por ocio como por motivos laborales y que ello no sea un motivo para abandonar la LM.

Otro punto importante donde las mujeres necesitan más información es en el caso de que el bebé presente diarrea. El 57% sabía que debía darle el pecho con mayor frecuencia (opción correcta), mientras que un porcentaje importante de mujeres tomarían otras medidas, sin prescripción médica, como suspender la LM, darle infusiones o suero oral.

En cuanto a la posición de amamantamiento, el 38% de las madres no conocían la postura correcta, por lo que sería necesario hacer hincapié en las diferentes posturas, desde un enfoque práctico, ayudándose de material que hay en las clases de EM (bebés, cojines, colchonetas...).

La gran mayoría de las mujeres reconoció haber obtenido información sobre la LM por parte del personal sanitario. Una parte importante obtuvo además, la información de otras fuentes (amigos, familiares u otros). Esto coloca a los profesionales sanitarios en un lugar privilegiado para proporcionar a las mujeres y sus familias información actualizada y basada en la evidencia científica, libre de juicios de valor. Además, según Ferro Sosa¹⁴⁰ las mujeres que solo reciben información de otras fuentes, sin incluir los profesionales sanitarios, suelen tener menores conocimientos de LM.

Existen una serie de mitos que rodean a la maternidad y por ende a la alimentación del bebé que están fuertemente arraigados en nuestra sociedad y que hemos podido comprobar en nuestro estudio. Los más comunes son la creencia de que la mujer no tiene suficiente leche junto con la mala calidad de esa leche. Según apuntan Marques et al.²¹³ en su revisión de la literatura, se debe a una cuestión de inseguridad de la mujer, fundada, probablemente por el llanto del bebé, que se suele asociar a hambre.

Estas falsas creencias en torno a la alimentación infantil no sólo afectan a las madres. En un estudio sobre los conocimientos de los profesionales implicados en la promoción de la LM en la Comunidad Valenciana (España) en el año 2001, el 20% todavía opinaba que hay leche materna de mala calidad²²⁶.

Diversos autores^{165,201,213} hablan de un cierto escepticismo sobre la habilidad de las mujeres para amamantar, que se refleja en sus discursos cuando se les pregunta cómo tienen pensado alimentar a sus bebés, con respuestas como: “si no tengo ningún problema, lo quiero intentar”. En nuestro estudio no hemos percibido ese escepticismo, ya que la recogida de datos acerca de la intención de amamantar al futuro bebé se realiza de forma cuantitativa mediante una pregunta cerrada. Sin embargo, esas dudas sobre la capacidad innata de la mujer de amamantar se pueden observar a lo largo de la experiencia de amamantamiento con miedos acerca de la cantidad insuficiente de leche generada o consumida por el bebé o la calidad de la misma. Sucedió lo mismo con el miedo a no poder lactar porque alguien de su familia (madre o hermanas) no haya podido.

Desde diversas posturas feministas esto encuentra explicación en las sociedades patriarcales, que han intentado limitar al mínimo el rol biológico de la mujer haciéndoles creer que sus cuerpos no son adecuados para lactar. Consecuentemente, muchas mujeres perciben la LM como algo que es difícil o incluso imposible de conseguir de manera satisfactoria¹⁸⁰. Esto está ligado también a la denominada “maternidad científica”. que gira en torno a cuál es la mejor

forma en que las madres deben criar a sus hijos de acuerdo con la estricta opinión de los expertos, tradicionalmente hombres²²⁷.

5.1. LIMITACIONES

En relación a la fase cuantitativa, el estudio se ha visto amenazado por una limitación inherente a su diseño. Como estudio observacional prospectivo, se han producido pérdidas de seguimiento (n=20) en la etapa posparto, de las que no ha sido posible determinar la causa de la no respuesta. Si bien, el porcentaje de pérdidas fue bajo, no poniendo en entredicho los resultados alcanzados.

Asimismo, el hecho de que en no todos los centros de salud incluidos en el estudio se impartan clases de EM, obliga a las mujeres atendidas en dichos centros a desplazarse para poder asistir a las mismas. Si bien es cierto que la distancia en ningún caso supera los 25 Km, podría ser un motivo de autoexclusión (en las clases y por ende en el estudio), convirtiéndose por tanto en una población de estudio inaccesible. La realización de este mismo estudio con mujeres embarazadas atendidas en el sector privado, permitiría poner de manifiesto si realmente hay diferencias con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Por otra parte, la falta de protocolización de las clases de EM podría influir sobre la decisión a participar en el estudio de las mujeres así como en el nivel de conocimientos sobre LM, que como hemos comprobado se relacionan con el tipo alimentación administrada.

Finalmente, el no haber registrado durante el tercer trimestre de gestación en mujeres que pretendían dar LME el tiempo que tenían pensado mantenerla (6 semanas, 16 semanas o 6 meses), no nos ha permitido establecer una comparación exacta con los resultados posparto y afirmar si la intención y resultados coinciden. No obstante, partíamos de la premisa de que las mujeres conocían la recomendación de dar LME hasta los 6 meses por la información aportada en las clases de EM.

En lo relativo a la fase cualitativa, la posición profesional como enfermera especialista obstétrico-ginecológica se ha trabajado como una limitación de partida, entendiendo que ponía en riesgo la neutralidad de la investigadora. Se ha utilizado el diario de campo como herramienta reflexiva del proceso investigativo con el fin de documentar profundamente el “viaje” que realiza la investigadora dentro del fenómeno objeto de estudio. Se trabajó con la exigencia de pensar y repensar (reflexividad) la posición de la investigadora en todos los momentos de la investigación.

Si entendemos la investigación cualitativa como actividad que sitúa al observador en el mundo para recoger una información sobre él, esta información es filtrada, a la vez que interpretada y representada, por el propio investigador. Este elemento “interpretativo” que caracteriza la

investigación cualitativa le confiere gran complejidad, especialmente si se considera que al realizar esta práctica interpretativa podemos transformar el mundo en una serie de representaciones personales y sesgadas implicando una limitación importante para la investigación. Teniendo en cuenta esto, en el desarrollo de la presente tesis para resolver el problema del elemento interpretativo se asumen los criterios:

- Justicia e imparcialidad: buscar que todos los puntos de vista de los participantes en el problema que se estudia, sus perspectivas, argumentos y voces, aparezcan en el texto cualitativo.
- Inteligencia crítica: desarrollar la capacidad para fomentar y potenciar una crítica moral del fenómeno que se analiza.
- Acción y práctica: desarrollar la capacidad para fomentar la acción, la habilidad para implicar a los que han participado en la investigación en alguna acción dirigida al cambio y a la mejora.
- Apertura y publicidad: clarificar y detallar el proceso que se ha seguido, la construcción de las categorías y la elaboración de las conclusiones.

Una limitación y a la vez fortaleza de este estudio es la concreción y vinculación de los resultados a lo local en la fase cualitativa. Esto es una fortaleza en tanto en cuanto permitió conocer las complejidades del contexto específico, lo que favorecerá las acciones para el cambio (agenda transformadora) por su especificidad.

5.2. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y APLICACIÓN PRÁCTICA

Los resultados de esta investigación han permitido identificar el soporte necesario para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna y diseñar una primera agenda transformadora.

Parece coherente plantearse como futura línea de investigación y aplicación práctica la realización de una Investigación Acción Participativa (IAP), toda vez que constituye una vía excelente para eliminar la dicotomía teoría-práctica y sujeto-objeto de la investigación, que permita la implementación de la agenda y su evaluación y rediseño.

Desde esta perspectiva, la finalidad esencial de la investigación no es la acumulación de conocimientos sobre la realidad, sino, fundamentalmente, aportar información que guíe la toma de decisiones y los procesos de cambio para la mejora de la misma. Resulta particularmente importante en situaciones donde se presentan problemas prácticos, incoherencias o inconsistencias entre lo que se persigue y lo que en la realidad ocurre, como es el caso de la situación de la LM en nuestro contexto.

Capítulo 6. Conclusiones.

Primera: Las versiones en castellano y gallego de la IIFAS son un instrumento válido para evaluar las actitudes hacia la lactancia entre mujeres gestantes en España.

Segunda: Las gestantes tienen actitudes neutrales con tendencia positiva hacia la LM.

Tercera: El nivel de conocimientos sobre LM de las gestantes es regular. Los conocimientos sobre LM, al igual que la actitud de la mujer hacia la misma, son elementos en los que los profesionales pueden influir, por lo que, identificar a las mujeres con un nivel de conocimientos bajo, así como con una actitud neutral o positiva hacia la LA, es interesante de cara a desarrollar estrategias educativas que vayan dirigidas a esas mujeres con el fin de mejorar las tasas de LM.

Cuarta: La prevalencia de LME en los seis primeros meses de vida del bebé es inferior a las cifras recomendadas por las sociedades científicas (63,9% a las 6 semanas, 52% a las 16 semanas y 28,2% a los 6 meses posparto).

Quinta: El 90% de las gestantes durante el tercer trimestre de gestación desean alimentar a su bebé con LME.

Sexta: El nivel de conocimientos de las madres sobre LM está influenciado por la edad, el nivel de estudios y la paridad, factor este último que también condiciona su actitud hacia la LM y la decisión de alimentación del RN. Esta decisión también se ve influida por la experiencia previa de la mujer con respecto a la alimentación de otro bebé. La intención de alimentación que tiene la madre en el tercer trimestre de gestación no está condicionada por factores sociodemográficos.

Séptima: Las mujeres con una actitud positiva hacia la LM o con más conocimientos sobre ésta, es más probable que alimenten a sus bebés con LME que aquellas que tienen una actitud neutral o positiva hacia la LA o pocos conocimientos sobre LM. La intención de alimentar al bebé, medida en el tercer trimestre de gestación, es un potente predictor de la alimentación del mismo durante los seis primeros meses de vida.

Octava: La familia, la pareja y el apoyo de pares son elementos identificados por las mujeres como necesarios en el proceso de alimentación infantil. El vínculo construido por las mujeres como factor facilitador de la LM, en ocasiones es descrito como un elemento negativo, ya que dificulta el manejo de la separación entre la madre y el bebé por motivos laborales y resta independencia a la mujer. Igualmente es descrito como un elemento discriminatorio de la

relación entre el padre y el bebé. Al mismo tiempo, es un concepto sobrevalorado por algunas mujeres que alimentan a sus bebés con LA.

Novena: El fenómeno de la LM lleva implícita una alta complejidad que condiciona su manejo y la satisfacción de la mujer con el proceso de alimentación del RN. En esta complejidad las mujeres se identifican competentes para tomar la decisión de cómo alimentar a su RN pero valoran como central en esta decisión la asesoría por parte de los profesionales sanitarios. Sin embargo, el abordaje profesional del proceso de alimentación infantil tiene dificultades para incorporar esta complejidad a sus intervenciones.

Décima: Existe una brecha entre la promoción de la LM durante la gestación y el apoyo que se da a las madres lactantes en el posparto. El proceso de soporte a la LM debe iniciarse en la consulta preconcepcional y continuar durante la gestación y el posparto abarcando a todos los profesionales implicados en el cuidado de la mujer. Esta asesoría debe ser rigurosa, basada en la evidencia científica, empática y libre de juicios de valor.

Undécima: Las intervenciones sanitarias deben adaptarse a la complejidad del proceso de alimentación del RN abarcando más allá de los aspectos teóricos. Deben tener en cuenta aspectos como los roles de género; la construcción e idealización de la maternidad; los mitos y creencias que rodean a la maternidad y, por ende, a la alimentación infantil; y el concepto de buena madre.

Capítulo 7. Bibliografía.

1. Paricio Talayero JM. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (eds.) *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Monografías de la AEP N°5. Madrid: Ergon; 2004. p. 7-25.
2. WHO Collaborative Study on Breast-Feeding, World Health Organization. *Modalidades de la lactancia natural en la actualidad: informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981.
3. García Méndez JA. 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]. Murcia, Universidad de Murcia; 2010.
4. Gamboa EH. Genealogía histórica de la lactancia materna. *Rev Enferm Actual en Costa Rica*. 2008; (15): 1-6.
5. Rodríguez García R. Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Rev Antropol Exp*. 2015; 15(23): 407-29.
6. Stuart-Macadam PDKA. *Breastfeeding: biocultural perspectives*. Nueva York: Aldine De Gruyter; 1995.
7. Rizzo CI. *Lactancia materna. Una perspectiva desde la medicina social* [monografía en internet]. Argentina; 2008 [acceso 21 de enero de 2017]. Disponible en: www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/rizzo__camila.doc
8. Massó Guijarro E. Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*. 2013; (11): 169-206.
9. Barriuso L, de Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. *Recuerdo histórico*. *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30(3): 383-91.
10. González Fernández MA. Situación de la lactancia materna en España. *Rev Paraninfo Digital*. 2011; 12.
11. Aguilar Cordero MJ, Madrid Baños N, Baena García L, Mur Villar N, Guisado Barrilao R, Sánchez López AM. Lactancia materna como método para prevenir alteraciones cardiovasculares en la madre y el niño. *Nutr Hosp*. 2015; 31(5): 1936-46.
12. Haschke F, Haiden N, Detzel P, Yarnoff B, Allaire B, Haschke-Becher E. Feeding patterns during the first 2 years and health outcome. *Ann Nutr Metab*. 2013; 62 (Suppl 3): 16-25.
13. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (11): CD006425.
14. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am*. 2013; 60(1): 31-48.

15. Grzelak T, Woźniak U, Czyżewska K. The influence of natural feeding on human health: short- and long-term perspectives. *Przeegląd Gastroenterol.* 2014; 9(1): 4-10.
16. World Health Organization. Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. France: World Health Organization; 2009.
17. González C. *Un regalo para toda la vida.* Madrid: Booket; 2012.
18. Williams LA, Davies PS, Boyd R, David M, Ware RS. A systematic review of infant feeding experience and hospitalisation in developed countries. *Acta Paediatr.* 2014; 103(2): 131-8.
19. Abdel Razek A, El-Dein N. Effect of breast-feeding on pain relief during infant immunization injections. *Int J Nurs Pract.* 2009; 15(2): 99-104.
20. Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 12: CD004950.
21. Jackson S, Mathews KH, Pulanic D, Falconer R, Rudan I, Campbell H, et al. Risk factors for severe acute lower respiratory infections in children: a systematic review and meta-analysis. *Croat Med J.* 2013; 54(2): 110-21.
22. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity -a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J.* 2015; 19(3): 468-79.
23. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, Tan DJ, Lau M, Dai X, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467): 85-95.
24. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2008; 65(5): 578-84.
25. Andrés de Llano JM, Ochoa Sangrador C. La lactancia materna prolongada se asocia a mayor inteligencia, educación e ingresos a los 30 años. *Evid Pediatr.* 2015; 11(3): 47.
26. Pérez Gaxiola G, Cuello García CA. La lactancia materna se asocia a un menor riesgo de epilepsia en la infancia. *Evid Pediatr.* 2011; 7(3): 67.
27. Perdikidis Olivieri L, Martín Muñoz P. La lactancia materna se asocia con un menor número de trastornos de la conducta en la infancia. *Evid Pediatr.* 2012; 8(1): 5.
28. Llerena Santa Cruz E, Pérez Gaxiola G. La lactancia materna puede disminuir el riesgo de problemas de salud mental. *Evid Pediatr.* 2010; 6(2): 39.

29. Chalco Orrego JP, Rojas Galarza RA. La reducción del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante por la lactancia materna persiste durante el primer año de vida. *Evid Pediatr.* 2009; 5(2): 47.
30. Buñuel Álvarez JC, Cuervo Valdés JJ. La lactancia materna se asocia a menor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. *Evid Pediatr.* 2011; 7(3): 61.
31. Kramer MS. Breastfeeding and allergy: the evidence. *Ann Nutr Metab.* 2011; 59 (Suppl 1): 20-6.
32. Lodge CJ, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, Tham R, Lowe AJ, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467): 38-53.
33. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatr.* 2015; 169(6): e151025.
34. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2007; (153): 1-186.
35. Wang KL, Liu CL, Zhuang Y, Qu HY. Breastfeeding and the risk of childhood Hodgkin lymphoma: a systematic review and meta-analysis. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(8): 4733-7.
36. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Madrid Baños N, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hermoso Rodríguez E. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente: revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2015; 31(2): 606-20.
37. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2005; 162(5): 397-403.
38. Beyerlein A, von Kries R. Breastfeeding and body composition in children: will there ever be conclusive empirical evidence for a protective effect against overweight? *Am J Clin Nutr.* 2011; 94 (Suppl 6): 1772S-5S.
39. Feliciano Pereira P, Alfenas Rde C, Araújo RM. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. *J Pediatr (Rio J).* 2014; 90(1): 7-15.
40. Owen CG, Whincup PH, Cook DG. Breast-feeding and cardiovascular risk factors and outcomes in later life: evidence from epidemiological studies. *Proc Nutr Soc.* 2011; 70(4): 478-84.
41. Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, Tan DJ, Lau MXZ, Dai X, et al. Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467): 62-84.

42. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Lond Engl*. 2016; 387(10017): 475-90.
43. He X, Zhu M, Hu C, Tao X, Li Y, Wang Q, et al. Breast-feeding and postpartum weight retention: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr*. 2015; 18(18): 3308-16.
44. Kim P, Feldman R, Mayes LC, Eicher V, Thompson N, Leckman JF, et al. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 52(8): 907-15.
45. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 8: CD003517.
46. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015; 171: 142-54.
47. Jäger S, Jacobs S, Kröger J, Fritsche A, Schienkiewitz A, Rubin D, et al. Breast-feeding and maternal risk of type 2 diabetes: a prospective study and meta-analysis. *Diabetologia*. 2014; 57(7): 1355-65.
48. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(5): 974-82.
49. Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, Álvarez Ferre J, Padilla López CA, Mur Villar N, García López PA, et al. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutr Hosp*; 25(6): 954-8.
50. do Carmo França-Botelho A, Ferreira MC, França JL, França EL, Honório-França AC. Breastfeeding and its relationship with reduction of breast cancer: a review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012; 13(11): 5327-32.
51. Zhou Y, Chen J, Li Q, Huang W, Lan H, Jiang H. Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. *Breastfeed Med*. 2015; 10(3): 175-82.
52. Li D-P, Du C, Zhang Z-M, Li G-X, Yu Z-F, Wang X, et al. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15(12): 4829-37.
53. Feng L-P, Chen H-L, Shen M-Y. Breastfeeding and the risk of ovarian cancer: a meta-analysis. *J Midwifery Womens Health*. 2014; 59(4): 428-37.
54. Wang L, Li J, Shi Z. Association between breastfeeding and endometrial cancer risk: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2015; 7(7): 5697-711.

55. Zhan B, Liu X, Li F, Zhang D. Breastfeeding and the incidence of endometrial cancer: A meta-analysis. *Oncotarget*. 2015; 6(35): 38398-409.
56. Renato de Carvalho M. Amamantar es un acto ecológico. La alimentación con biberón daña el medio ambiente. En: Aguilar MJ (ed.) *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier; 2005. p. 555-61.
57. World Breastfeeding Week - 1997 [Internet]. Malasia: World Alliance for Breastfeeding Action (WABA); 1997 [acceso 23 de febrero de 2017]. De WABA. Nurturing the future through world breastfeeding week. Disponible en: <http://worldbreastfeedingweek.net/webpages/1997.html>
58. McNiel ME, Labbok MH, Abrahams SW. What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review. *Breastfeed Rev*. 2010; 18(2): 25-32.
59. Lawrence RM. Circumstances when breastfeeding is contraindicated. *Pediatr Clin North Am*. 2013; 60(1): 295-318.
60. Díaz Gómez NM. Lactancia materna: guía para profesionales. Contraindicaciones y falsas contraindicaciones para la lactancia materna. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (eds.) *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Monografías de la AEP No5. Madrid: Ergon; 2004. p. 107-18.
61. UNICEF. From the first hour of life: a new report on infant and young child feeding. Nueva York: United Nations Children's Fund; 2016.
62. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2016.
63. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria: Estándares y Recomendaciones. España: Ministerio de Sanidad y Política Social Centro de Publicaciones; 2009.
64. World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025: Policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). Ginebra: World Health Organization; 2014.
65. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit*. 2001; 15(2): 104-10.
66. Soto García M, Pérez Villaverde N, Rivilla Marugán L, Marañón Henrich N, Castillo Portales S, Estepa Jorge S. Prevalencia y características de la lactancia materna en el área de salud de Toledo. *SEMERGEN*; 2003; 29: 121-4.

67. Estévez González M, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr*. 2002; 56(2): 144-50.
68. Gomis Cebrián R, Arellano Morata C, Parra Hidalgo P, Calle Urra JE, Oliver Roig A, García de León González R, et al. Lactancia materna en la Región de Murcia. ¿Seguimos con el problema?. *Acta Pediatr Esp*. 2009; 67(6): 283-9.
69. Prósper Gisbert A, Aguilar Iñigo C, Camero Muñiz EM, Romero Pérez L, Muñoz Núñez L. C-6. Estudio sobre la prevalencia de lactancia materna en nuestra zona básica. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2011; 13 (Supl 20): e19-e19.
70. WHO, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Ginebra: World Health Organization; 2003.
71. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2007 [acceso 12 de diciembre de 2016]. Instituto Nacional de Estadística. Estilos de vida. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/EstilosVidaPorcentaje.pdf>
72. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [acceso 23 de febrero de 2017]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>
73. González Oya JL, Valls Durán T, González E GE, Mosquera VM, Herranz Álvarez M, López Ozores Y, et al. Estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna en los centros de salud del Val Miñor. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008; x(40): 603-16.
74. Tizón Bouza E. Lactancia materna y sus determinantes [tesis doctoral]. A Coruña, Universidade da Coruña; 2015.
75. World Health Organization. Dept. of Child and Adolescent Health and Development. 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. Ginebra: World Health Organization; 2009.
76. OMS/UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.

77. Watkins AL, Dodgson JE. Breastfeeding educational interventions for health professionals: a synthesis of intervention studies. *J Spec Pediatr Nurs.* 2010; 15(3): 223-32.
78. 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 AEP. *An Pediatr.* 2005; 63(4): 340-56.
79. OMS/UNICEF. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981.
80. Reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación. Real Decreto 1408/1992 de 20 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 11, (13-01-1993).
81. Publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria. Real Decreto 1907/1996 de 2 de agosto. *Boletín Oficial del Estado*, nº 189, (6-08-1996).
82. Reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación. Real Decreto 867/2008 de 23 de mayo. *Boletín Oficial del Estado*, nº 131, (30-05-2008).
83. Reglamentación técnico-sanitaria específica de los alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad. Real Decreto 490/1998 de 27 de marzo. *Boletín Oficial del Estado*, nº83, (7 -04-1998).
84. OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989.
85. UNICEF [Internet]. Italia: Innocenti Research Centre; 1990 [acceso 14 de marzo de 2017]. Innocenti Research Centre. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html
86. Abrahams SW. Milk and social media online communities and the international code of marketing of breast-milk substitutes. *J Hum Lact.* 2012; 28(3): 400-6.
87. OMS/UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
88. IHAN [Internet]. Madrid: Asociación Iniciativa Hospital Amigo de los Niños; 2009 [acceso 14 de enero de 2017]. Asociación Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. Cambio de nombre IHAN. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/cambio-de-nombre-ihan/>

89. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467): 114-34.
90. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I, et al. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutr.* 2010; 13(6): 751-9.
91. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Ginebra: World Health Organization, 2006.
92. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Luxemburgo: UNICEF; 2004.
93. Celebrando Innocenti 1990-2005: Logros, retos e imperativos futuros. Declaración de Innocenti del 2005. Sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños. Florencia; 2005.
94. Red Europea para la Nutrición Pública Saludable: Trabajo en red, Monitorización, Intervención y Formación (EUNUTNET). Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas para la Unión Europea. EUNUTNET; 2006.
95. Sebastián Vicente MP. 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 [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2014.
96. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre. Boletín Oficial del Estado, nº 222, (16-09-2006).
97. Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia. Guía técnica del proceso de educación maternal prenatal y posnatal. Guías técnicas del Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer. Xunta de Galicia; 2008.
98. Señor López AM. Estudio diagnóstico de la educación maternal en el Área Sanitaria de Ferrol. Ferrol; 2013.
99. Consellería de Sanidade [Internet]. A Coruña: Servizo Galego de Saúde; 2017 [acceso 15 de marzo de 2017]. Servizo Galego de Saúde. Salud pública. Disponible en: <http://www.sergas.es/Saude-publica>

100. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (1): CD001141.
101. Tesone M, Ageitos ML. Lactancia materna. Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM). Ginebra: UNICEF; 2001.
102. IHAN [Internet]. Madrid: Asociación Iniciativa Hospital Amigo de los Niños; [acceso 27 de enero de 2017]. Asociación Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. Grupos de Apoyo. Disponible en: <https://www.ihan.es/grupos-apoyo/>
103. Feldama.org, Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna [Internet]. [actualizada abril de 2017; acceso 7 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.fedalma.org/>
104. Fedegalma.es, Apoyo á lactación materna [Internet]. [actualizada enero de 2017; acceso 7 de abril de 2017]. Disponible en: <http://fedegalma.es/>
105. ibclc.es, Asociación Española de Consultoras Certificadas en Lactancia Materna [Internet]. IBCLC España [actualizada marzo de 2017; acceso 7 de enero de 2017]. Disponible en: <http://ibclc.es>
106. laligadelaleche.es, La Liga de la Leche España [internet]. [actualizada abril de 2017; acceso 14 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.laligadelaleche.es/>
107. elpartoesnuestro.es, El Parto es Nuestro [Internet]. Ser doula... ¿Qué es una doula? [actualizada 2013; acceso 29 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/12/16/ser-doula-que-es-una-doula>
108. Gallardo L. Relaciones de género y lactancia materna. *Encuentro*. 2001; 56: 117-25.
109. Vélez Fraga O, Gutiérrez Carreras P. Lactancia, maternidad y género [Internet]. [acceso 21 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.unav.edu/congreso/ideologiadegenero/files/file/Ondina_Velez.doc
110. Saletti Cuesta L. Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*. 2008; 7(1): 169-83.
111. Gamba S. Feminismo: historia y corrientes. *El periódico feminista* [Internet]. 2008. [acceso 21 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.mujeresenred.net/IMG/article_PDF/article_a1397.pdf
112. Suárez Llanos ML. Teoría feminista, política y derecho. *Dykinson*; 2002.
113. de las Heras Aguilera S. Una aproximación a las teorías feministas. *Universitas: Revista de Filosofía, Derecho y Política* 2009; (9): 45-82.
114. Smith PH. Breastfeeding and gender inequality. *J Women Polit Policy*. 2013; 34(4): 371-83.

115. Vanderlinden K, Van de Putte B. Pathways of equality through education: impact of gender (in)equality and maternal education on exclusive breastfeeding among natives and migrants in Belgium. *Matern Child Nutr.* 2017; 13(2): e12309.
116. waba.org, World Alliance for Breastfeeding Action [Internet]. Malasia: waba.org; La lactancia materna: un asunto feminista. [acceso 21 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.waba.org.my/resources/otherlanguages/spanish/asuntofeminista.htm>
117. Texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. Real Decreto Legislativo 2/2015 de 23 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 255, (24-10-2015).
118. Texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Real Decreto Legislativo 5/2015 de 30 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 261, (31-10-2015).
119. Estatuto del trabajo autónomo. Ley 20/2007 de 11 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 166, (12-07-2007).
120. Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995 de 8 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (10-10-1995).
121. Solé Gómez ND. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2000 [acceso 20 de enero de 2017]. NTP 664. Lactancia materna y vuelta al trabajo. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_664.pdf
122. Empleo público de Galicia. Ley 2/2015 de 29 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 123, (23-05-2015).
123. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr.* 2003; 92(2): 152-61.
124. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [acceso 26 de diciembre de 2016]. Instituto Nacional de Estadística. Mercado Laboral. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976595
125. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth.* 2010; 23(4): 135-45.

126. McDonald SD, Pullenayegum E, Chapman B, Vera C, Giglia L, Fusch C, et al. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding at hospital discharge. *Obstet Gynecol.* 2012; 119(6): 1171-9.
127. Symon AG, Whitford H, Dalzell J. Infant feeding in Eastern Scotland: A longitudinal mixed methods evaluation of antenatal intentions and postnatal satisfaction—The feeding your baby study. *Midwifery.* 2013; 29(7): e49-56.
128. Linares AM, Rayens MK, Gomez ML, Gokun Y, Dignan MB. Intention to breastfeed as a predictor of initiation of exclusive breastfeeding in Hispanic women. *J Immigr Minor Health.* 2015; 17(4): 1192-8.
129. Scott JA, Shaker I, Reid M. Parental attitudes toward breastfeeding: their association with feeding outcome at hospital discharge. *Birth Berkeley Calif.* 2004; 31(2): 125-31.
130. Oliver Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia [tesis doctoral]. Alicante, Universidad de Alicante; 2012.
131. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Matern Child Nutr.* 2015; 11(4): 433-51.
132. Blyth R, Creedy DK, Dennis C-L, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth Berkeley Calif.* 2002; 29(4): 278-84.
133. DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Educ Behav.* 2005; 32(2): 208-26.
134. Negin J, Coffman J, Vizintin P, Raynes-Greenow C. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16: 91.
135. Hernández Aguilar MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (eds.) *Lactancia Materna: guía para profesionales.* Monografías de la AEP N°5. Madrid: Ergon; 2004. p. 31-43.
136. Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública.* 2016; 90: e1-18.

137. Bonia K, Twells L, Halfyard B, Ludlow V, Newhook LA, Murphy-Goodridge J. A qualitative study exploring factors associated with mothers' decisions to formula-feed their infants in Newfoundland and Labrador, Canada. *BMC Public Health*. 2013; 13: 645.
138. Martín-Calama J. Recomendaciones populares contrastadas y mitos sobre la lactancia materna. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (eds.) *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Monografías de la AEP N°5. Madrid: Ergon; 2004. p. 349-62.
139. Mora A de la, Russell DW, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: analysis of reliability and validity. *J Appl Soc Psychol*. 1999; 29(11): 2362-80.
140. Ferro Sosa MM, Flores Condory HF. Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en púerperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005 [tesis doctoral]. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
141. Dahlberg B, Wittink MN, Gallo JJ. Funding and publishing integrated studies: writing effective mixed methods manuscripts and grant proposals. En: Tashakkori A, Teddlie C (eds.) *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2003. p. 775-802.
142. Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2003.
143. Wallis AB, Brînzaniuc A, Cherecheş R, Oprescu F, Sirlincan E, David I, et al. Reliability and validity of the Romanian version of a scale to measure infant feeding attitudes and knowledge. *Acta Paediatr*. 2008; 97(9): 1194-9.
144. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures [Internet]. Toronto: Institute for Work & Health; 2007 [acceso 29 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf
145. Sperber AD, Devellis RF, Boehlecke B. Cross-cultural translation. 1994; 25(4): 501-24.
146. Twells LK, Midodzi WK, Ludlow V, Murphy-Goodridge J, Burrage L, Gill N, et al. Assessing infant feeding attitudes of expectant women in a provincial population in Canada: validation of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *J Hum Lact*. 2016; 32(3): NP9-NP18.
147. DeVellis RF. *Scale development: theory and applications*. Vol. 26. 2ª ed. Thousand Oaks, California: SAGE publications; 2003.
148. Hills JR. Interpreting Stanine scores. *Educ Meas Issues Pract*. 1983; 2(3): 18-27.

149. Estatuto de Autonomía para Galicia. Ley Orgánica 1/1981 de 6 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 101, (28 -04-1981).
150. Rose P, Beeby J, Parker D. Academic rigour in the lived experience of researchers using phenomenological methods in nursing. *J Adv Nurs*. 1995; 21(6): 1123-9.
151. Streubert HJ, Carpenter DR. *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. 5ª ed. Loures: Lusodidactica; 2011.
152. Crist JD, Tanner CA. Interpretation/analysis methods in hermeneutic interpretive phenomenology. *Nurs Res*. 2003; 52(3): 202-5.
153. Sanders C. Application of Colaizzi's method: interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher. *Contemp Nurse*. 2003; 14(3): 292-302.
154. Wolcott HF. On seeking -and rejecting- validity in qualitative research. En: Eisner EW, Peshkin A. *Qualitative inquiry in education: The continuing debate*. Nueva York: Teachers College Press; 1990. p. 121-52.
155. Scheurich JJ. The masks of validity: a deconstructive investigation. *Int J Qual Stud Educ*. 1996; 9(1): 49-60.
156. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: SAGE Publications; 1985.
157. Lichtman MV. *Qualitative research in education: A user's guide*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2013.
158. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage handbook of qualitative research*. 4th ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publications; 2011.
159. Amor M, Arias I, Cruz del Río J, Des JJ, García R, Gómez I, et al. Normas de boa práctica en investigación en seres humanos [Internet]. Galicia: Xunta de Galicia; 2007. [acceso 11 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.sergas.es/docs/NormBoaPractInv.pdf>
160. Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº 274, (15-11-2002).
161. Smith TR. Understanding the infant feeding decision. *Midwifery Today Int Midwife*. 2015; (113): 53-4.
162. Marshall JL, Godfrey M, Renfrew MJ. Being a «good mother»: managing breastfeeding and merging identities. *Soc Sci Med*. 2007; 65(10): 2147-59.
163. Crossley ML. Breastfeeding as a moral imperative: an autoethnographic study. *Fem Psychol*. 2009; 19(1): 71-87.
164. Merriam SB, Tisdell EJ. *Qualitative research. A guide to design and implementation*. 4ª ed. EEUU: Jossey-Bass; 2015.

165. Earle S. Why some women do not breast feed: bottle feeding and fathers' role. *Midwifery*. 2000; 16(4): 323-30.
166. Burns E, Schmied V, Sheehan A, Fenwick J. A meta-ethnographic synthesis of women's experience of breastfeeding. *Matern Child Nutr*. 2010; 6(3): 201-19.
167. Radzimirski S, Callister LC. Mother's beliefs, attitudes, and decision making related to infant feeding choices. *J Perinat Educ*. 2016; 25(1): 18-28.
168. Nelson AM. A meta-synthesis related to infant feeding decision making. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2012; 37(4): 247-52.
169. Murphy E. 'Breast is best': Infant feeding decisions and maternal deviance. *Sociol Health Illn*. 1999; 21(2): 187-208.
170. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*. 2011; 25(6): 483-9.
171. Kronborg H, Harder I, Hall EOC. First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sex Reprod Healthc*. 2015; 6(2): 82-7.
172. Forster DA, McLachlan HL. Women's views and experiences of breast feeding: positive, negative or just good for the baby? *Midwifery*. 2010; 26(1): 116-25.
173. Oliva Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. *Rev Psiquiatr Psicol Niño Adolesc*. 2004; 4(1): 65-81.
174. Sears W, Sears M. *The attachment parenting book: a commonsense guide to understanding and nurturing your baby*. Boston: Sears Parenting Library; 2001.
175. Sheehan A, Schmied V, Cooke M. Australian women's stories of their baby-feeding decisions in pregnancy. *Midwifery*. 2003; 19(4): 259-66.
176. Spencer RL, Greatrex-White S, Fraser DM. «I thought it would keep them all quiet». Women's experiences of breastfeeding as illusions of compliance: an interpretive phenomenological study. *J Adv Nurs*. 2015; 71(5): 1076-86.
177. Belintxon-Martín M, Zaragüeta MC, Adrián MC, López-Dicastillo O. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *An Sist Sanit Navar*. 2011; 34(3): 409-18.
178. Azjen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991; 50: 179-211.
179. Mazingo JN, Davis MW, Droppleman PG, Merideth A. «It wasn't working. » Women's experiences with short-term breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2000; 25(3): 120-6.

180. Löf-Johanson M, Foldevi M, Rudebeck CE. Breastfeeding as a specific value in women's lives: The experiences and decisions of breastfeeding women. *Breastfeed Med.* 2013; 8(1): 38-44.
181. Hong TM, Callister LC, Schwartz R. First time mothers' views of breastfeeding support from nurses. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2003; 28(1): 10-5.
182. Graffy J, Taylor J. What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *Birth Berkeley Calif.* 2005; 32(3): 179-86.
183. Hauck Y, Langton D, Coyle K. The path of determination: exploring the lived experience of breastfeeding difficulties. *Breastfeed Rev.* 2002; 10(2): 5-12.
184. Björk M, Thelin A, Peterson I, Hammarlund K. A journey filled with emotions--mothers' experiences of breastfeeding their preterm infant in a Swedish neonatal ward. *Breastfeed Rev.* 2012; 20(1): 25-31.
185. <http://iblce.org>, International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE) [Internet]. [acceso 5 de enero de 2017]. Disponible en: <http://iblce.org/flags/spanish/>
186. Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Association of breastfeeding intensity and bottle-emptying behaviors at early infancy with infants' risk for excess weight at late infancy. *Pediatrics.* 2008; 122 (Suppl 2): S77-84.
187. Bergman NJ. Neonatal stomach volume and physiology suggest feeding at 1-h intervals. *Acta Paediatr.* 2013; 102(8): 773-7.
188. Fernández y Fernández-Arroyo M. Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. *Musas* 2017; 2(1): 3-20.
189. Scott JA, Kwok YY, Synnott K, Bogue J, Amarri S, Norin E, et al. A comparison of maternal attitudes to breastfeeding in public and the association with breastfeeding duration in four European countries: results of a cohort study. *Birth Berkeley Calif.* 2015; 42(1): 78-85.
190. Nanishi K, Jimba M. Reliability and validity of the Japanese version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale: a longitudinal study. *J Hum Lact.* 2014; 30(3): 346-52.
191. Sittlington J, Stewart-Knox B, Wright M, Bradbury I, Scott JA. Infant-feeding attitudes of expectant mothers in Northern Ireland. *Health Educ Res.* 2007; 22(4): 561-70.
192. Dungy CI, Losch M, Russell D. Maternal attitudes as predictors of infant feeding decisions. *J Assoc Acad Minor Phys.* 1994; 5(4): 159-64.
193. Cronbach LJ, Shavelson RJ. My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educ Psychol Meas.* 2004; 64(3): 391-418.

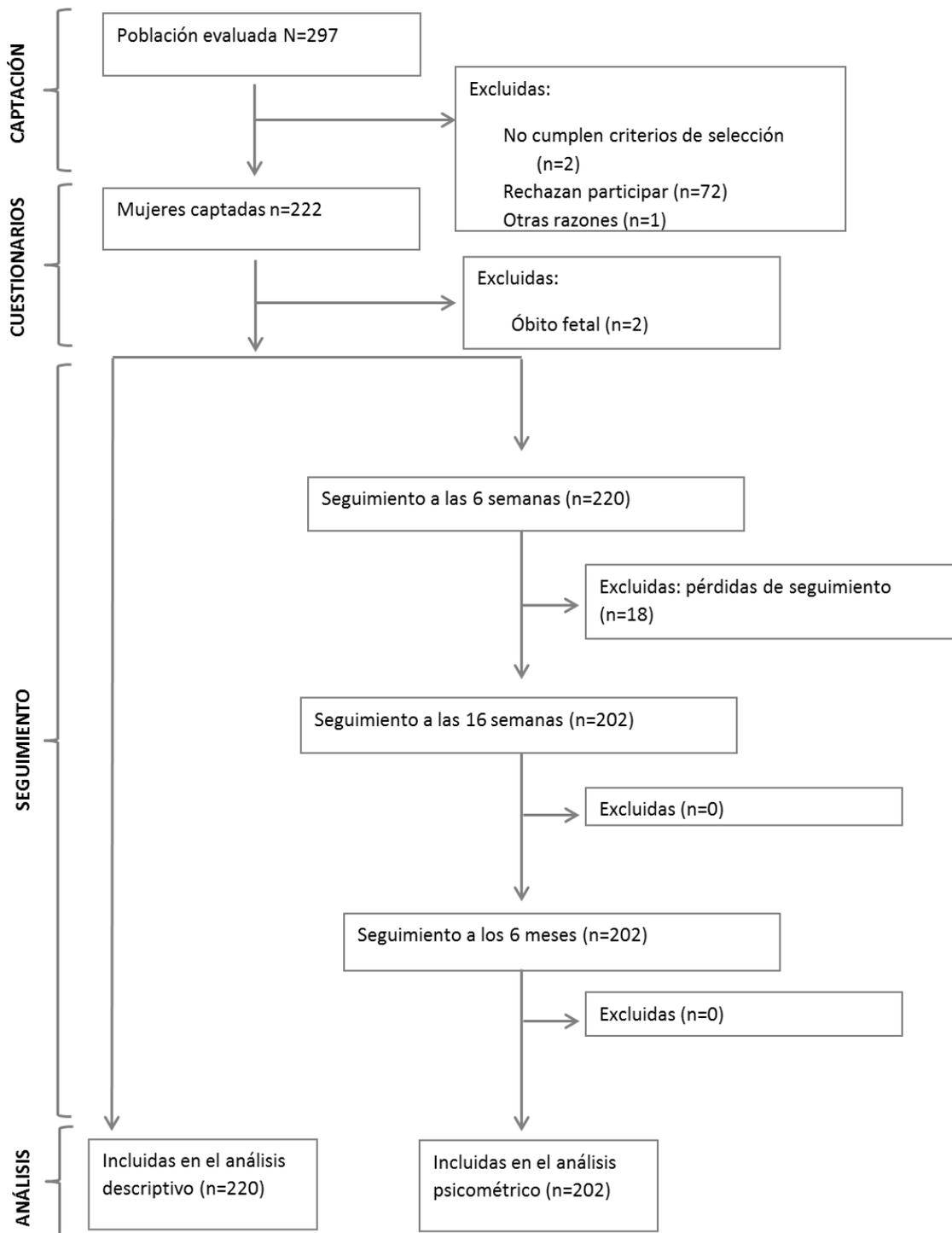
194. Baranowski T, Rassin DK, Richardson CJ, Brown JP, Bee DE. Attitudes toward breastfeeding. *J Dev Behav Pediatr.* 1986; 7(6): 367-77.
195. Chabrol H, Walburg V, Teissedre F, Armitage J, Santrisse K. Influence of mother's perceptions on the choice to breastfeed or bottle feed: perceptions and feeding choice. *J Reprod Infant Psychol.* 2010; 22(3): 189-98.
196. Kelley MA, Kviz FJ, Richman JA, Kim JH, Short C. Development of a scale to measure gender-role attitudes toward breast-feeding among primiparas. *Women Health.* 1993; 20(1): 47-68.
197. Libbus MK. Perspectives of common breastfeeding situations: a known group comparison. *J Hum Lact.* 1992; 8(4): 199-203.
198. Libbus MK, Kolostov LS. Perceptions of breastfeeding and infant feeding choice in a group of low-income mid-Missouri women. *J Hum Lact.* 1994; 10(1): 17-23.
199. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics.* 2006; 117(4): e646-55.
200. Kornides M, Kitsantas P. Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *J Child Health Care.* 2013; 17(3): 264-73.
201. Roll CL, Cheater F. Expectant parents' views of factors influencing infant feeding decisions in the antenatal period: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2016; 60: 145-55.
202. Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery.* 2009; 25(2): 187-94.
203. Laanterä S, Pölkki T, Pietilä A-M. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *Int J Nurs Pract.* 2011; 17(1): 72-84.
204. Moore ER, Coty M-B. Prenatal and postpartum focus groups with primiparas: breastfeeding attitudes, support, barriers, self-efficacy, and intention. *J Pediatr Health Care.* 2006; 20(1): 35-46.
205. Hauck YL, Graham-Smith C, McInerney J, Kay S. Western Australian women's perceptions of conflicting advice around breast feeding. *Midwifery.* 2011; 27(5): e156-62.
206. Pallás Alonso BP-FC. El médico de familia y la formación en lactancia materna. *Aten Primaria.* 2006; 38(2): 67-8.
207. Guía de Atención ao embarazo. Dirección de Procesos Asistenciais. Dirección de Procesos con Ingreso. Ferrol: Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol; 2016.

208. Tennant R, Wallace LM, Law S. Barriers to breastfeeding: a qualitative study of the views of health professionals and lay counsellors. *Community Pract.* 2006; 79(5): 152-6.
209. McInnes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs.* 2008; 62(4): 407-27.
210. García Vera C, Esparza Olcina MJ. Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evid Pediatr.* 2009; 5(1): 16.
211. Tomás-Almarcha R, Oliver-Roig A, Richart-Martinez M. Reliability and validity of the reduced Spanish version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2016; 45(5): e26-40.
212. Lázaro Melero N. Conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna: identificación de necesidades educativas. Valladolid, Universidad de Valladolid; 2015.
213. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. [Myths and beliefs surrounding breastfeeding]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(5): 2461-8.
214. Navarro V. El subdesarrollo social de España: causas y consecuencias. Madrid: Anagrama; 2006.
215. Camps V. El siglo de las mujeres. 6^a ed. Madrid: Cátedra; 2013.
216. e-lactancia.org [Internet]. e-lactancia.org. [acceso 19 de enero de 2017]. Disponible en: <http://e-lactancia.org/donativos>
217. toxnet.nlm.nih.gov, LactMed [Internet]. [acceso 9 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>
218. Smith TR. Sociocultural aspects of the infant-feeding decision. [tesis doctoral]: Florida, University of Florida; 1997.
219. Mitchell-Box K, Braun KL. Fathers' thoughts on breastfeeding and implications for a theory-based intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012; 41(6): E41-50.
220. Tanash HA. Breastfeeding knowledge, practice, attitudes, and influencing factors: findings from a selected sample of breastfeeding mothers in Bemidji, Minnesota [internet]. Minnesota: Cornerstone: A collection of Scholarly and Creative Sorks for Minnesota State University, Mankato; 2014 [acceso 7 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1647758373?pq-origsite=gscholar>
221. Gutiérrez Gutiérrez AE, Barbosa Rodríguez D, González Lima R, Martínez Figueroa O. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer.* 2001; 17(1): 42-6.

222. Gorrita Pérez RR, Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E, Brito Herrera B. Deseos, aptitudes y conocimientos sobre lactancia materna de gestantes en su tercer trimestre. *Rev Cuba Pediatría*. 2012; 84(2): 165-75.
223. Franco-Soto J, Roa-Moreno B, Sánchez L, Socha L, Leal C, Parra K, et al. Conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas que acudieron a consulta prenatal. *Arch Venez Pueri Pediatr*. 2014; 77(3): 128-32.
224. Zimmermann CR, Medina Pinto S, Ortiz Gavilán AV. Conocimiento sobre lactancia materna en puerperas de la ciudad de resistencia en el año 2010. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2011; 207.
225. Guerrero JL, Vera JE. Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en madres adolescentes. Ecuador; 2013.
226. Gimeno MJP. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en personal sanitario. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2001; 3(11): 41-51.
227. González I. Discursos sobre la maternidad científica. Una perspectiva crítica. *Investigaciones feministas* [Internet]. [acceso 1 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/INFE1010110193A/7726>

Anexos.

ANEXO 1: ESQUEMA PARTICIPANTES



ANEXO 2: IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE (ORIGINAL)

For each of the following statements, please indicate how much you agree or disagree by circling the number that most closely corresponds to your opinion. The number “1” indicates strong disagreement, whereas “5” indicates strong agreement. You may choose any number from 1 to 5.

1	2	3	4	5
Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree

- * 1. The nutritional benefits of breast milk last only until the baby is weaned from breast milk.
- * 2. Formula feeding is more convenient than breast-feeding.
- 3. Breast-feeding increases mother-infant bonding.
- * 4. Breast milk is lacking in iron.
- 5. Formula fed babies are more likely to be overfed than breast-fed babies.
- * 6. Formula feeding is the better choice if a mother plans to work outside the home.
- 7. Mothers who formula feed miss one of the great joys of motherhood.
- * 8. Women should not breast-feed in public places such as restaurants.
- 9. Babies fed breast milk are healthier than babies who are fed formula.
- * 10. Breast-fed babies are more likely to be overfed than formula fed babies.
- * 11. Fathers feel left out if a mother breast-feeds.
- 12. Breast milk is the ideal food for babies.
- 13. Breast milk is more easily digested than formula.
- * 14. Formula is as healthy for an infant as breast milk
- 15. Breast-feeding is more convenient than formula feeding.
- 16. Breast milk is less expensive than formula.
- * 17. A mother who occasionally drinks alcohol should not breast-feed her baby.

Scoring:

Items that are asterisked should be reversed (i.e., 1=5, 2=4, 4=2, 5=1), and the scores for each item then summed together.

The following is a guide for interpreting scores, higher scores indicate more positive attitudes toward breast-feeding, however, it is only a guide as the scores can fluctuate somewhat between participants.

- 81-85 Very Positive toward breast-feeding
- 70-80 Positive toward breast-feeding
- 49-69 Neutral
- 38-48 Positive toward formula-feeding
- 17-37 Very Positive toward formula-feeding

Copyright © 1997

ANEXO 3: ESCALA IOWA DE ACTITUD FRENTE A LA ALIMENTACIÓN INFANTIL (CASTELLANO)

Para cada uno de los siguientes enunciados, por favor indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo marcando con un círculo el número que más se corresponde con tu opinión. Puedes escoger cualquier número del 1 al 5.

1: fuertemente en desacuerdo 2: en desacuerdo 3: neutral 4: de acuerdo 5: fuertemente de acuerdo	1	2	3	4	5
*1. Los beneficios nutricionales de la leche materna únicamente se mantienen hasta que el bebé es destetado.	1	2	3	4	5
*2. La lactancia artificial es más conveniente que la lactancia materna.	1	2	3	4	5
3. El amamantamiento aumenta el vínculo afectivo entre madre e hijo.	1	2	3	4	5
*4. La leche materna carece de hierro.	1	2	3	4	5
5. Los bebés que se alimentan con leche artificial son más propensos a estar sobrealimentados que los alimentados con leche materna.	1	2	3	4	5
*6. La lactancia artificial es la mejor elección si la madre planea trabajar fuera de casa.	1	2	3	4	5
7. Las madres que alimentan a sus bebés con leche artificial se pierden uno de los grandes placeres de la maternidad.	1	2	3	4	5
*8. Las madres no deberían amamantar en sitios públicos, como restaurantes.	1	2	3	4	5
9. Los bebés que se alimentan con leche materna son más sanos que los bebés que se alimentan con leche artificial.	1	2	3	4	5
*10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a estar más sobrealimentados que los que se alimentan con leche artificial.	1	2	3	4	5
*11. Los padres se sienten excluidos si la madre amamanta.	1	2	3	4	5
12. La leche materna es la alimentación ideal para los bebés.	1	2	3	4	5
13. La leche materna se digiere más fácilmente que la leche artificial.	1	2	3	4	5
*14. La leche artificial es tan saludable para el niño como la leche materna.	1	2	3	4	5
15. La lactancia materna es más conveniente que la lactancia artificial.	1	2	3	4	5
16. La leche materna es menos cara que la leche artificial.	1	2	3	4	5
17. Una madre que bebe alcohol ocasionalmente no debería amamantar a su bebé	1	2	3	4	5

© Research Group GRINCAR, MC Suárez-Cotelo: translated with kind permission of John Wiley and Sons

ANEXO 4: ESCALA IOWA DE ACTITUDE FRONTE Á ALIMENTACIÓN INFANTIL (GALEGO)

Para cada un dos seguintes enunciados, por favor indica en qué medida estás de acordo ou desacordo rodeando cun círculo o número que máis se corresponde coa túa opinión. O número “1” indica “fortemente en desacordo” mentres que o “5” indica “fortemente de acordó”. Podes escoller calquera número do 1 ó 5.

1:fortemente en desacordo 2: en desacordo 3: neutral 4: dacordo 5: fortemente dacordo	1	2	3	4	5
1. Os beneficios nutricionais do leite materno mantéñense únicamente ata que o bebé é destetado.	1	2	3	4	5
2. A lactación artificial é mais axeitada que a lactación materna.	1	2	3	4	5
3. A lactación materna incrementa o vínculo afectivo entre nai e fillo.	1	2	3	4	5
4. O leite materno é deficitario en ferro.	1	2	3	4	5
5. Os bebés que se alimentan con leite artificial son máis propensos a estar sobrealimentados que aqueles alimentados con leite materno.	1	2	3	4	5
6. A lactación artificial é a mellor elección se a nai ten pensado traballar fóra da casa.	1	2	3	4	5
7. As nais que alimentan ó seu bebé con lactación artificial pérdense un dos maiores praceres da maternidade.	1	2	3	4	5
8. As mulleres non deberían aleitar en sitios públicos, como restaurantes.	1	2	3	4	5
9. Os bebés alimentados con lactación materna son máis sans que aqueles alimentados con lactación artificial.	1	2	3	4	5
10. Os bebés alimentados con leite materno son máis propensos a estar sobrealimentados que aqueles alimentados con lactación artificial.	1	2	3	4	5
11. Os pais séntense excluídos se a nai aleita.	1	2	3	4	5
12. O leite materno é o alimento ideal para os bebés.	1	2	3	4	5
13. O leite materno é máis fácil de dixerir que o leite artificial.	1	2	3	4	5
14. O leite artificial é tan saudable para os nenos coma o leite materno.	1	2	3	4	5
15. A lactación materna é máis axeitada que a lactación artificial.	1	2	3	4	5
16. O leite materno é menos caro que o leite artificial.	1	2	3	4	5
17. Unha nai que beba alcol ocasionalmente non debería aleitar ó seu bebé.	1	2	3	4	5

© Research Group GRINCAR, MC Suárez-Cotelo: translated with kind permission of John Wiley and Sons

**ANEXO 5: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN LACTANCIA MATERNA
(ORIGINAL)**

FACTORES SOCIOCULTURALES:

1. Edad:

- a) De 10 a 19
- b) De 20 a 34
- c) Más de 35

2. Estado civil:

- a) Casado
- b) Conviviente
- c) Soltera

3. Grado de Instrucción:

- a) Primaria: Incompleta () Completa ()
- b) Secundaria: Incompleta () Completa ()
- c) Superior
 - Universitario: Incompleto () Completo ()
 - No universitario: Incompleto () Completo ()
- d) Illetrada.

4. Paridad:

- a) Primípara
- b) Multípara
- c) Gran multípara (Más de 5)

5. Ocupación:

- a) Su casa
- b) Empleada
- c) Independiente
- d) Estudiante

¿Sabe Usted qué es dar de lactar?

Si () No ()

CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA

6. Durante los primeros 6 meses de vida del bebe Ud. Debe alimentarlo con:

- a) Leche materna más agüita de anís
- b) Solamente leche materna.
- c) Es dar leche materna mas leche artificial.

CONOCIMIENTO DE DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA

7. Hasta que edad se le debe dar pecho al bebe.

- a) Hasta los 2 años.
- b) Hasta los 6 meses.
- c) Hasta los 12 meses.

CONOCIMIENTO DEL INICIO DE LACTANCIA MATERNA

8. Cuando debe iniciar la lactancia materna su bebe.

- a) A las 4 horas de nacido.
- b) Inmediatamente después del parto.
- c) A las 24 horas de nacido.
- d) Cuando el bebe llore de hambre por primera vez.

CONOCIMIENTO DE FRECUENCIA DE MAMADA

9. Cada que tiempo debe de mamar el bebe.

- a) Cada 2 horas.
- b) Cada vez que el niño llore o a libre demanda.
- c) Cada 6 horas.

10. Si su bebe duerme por mas de dos horas, ¿qué haría Ud.?

- a) Dejo que siga durmiendo
- b) Lo despierto y le doy biberón.
- c) Lo despierto y le doy pecho.

d) Solo lo despierto.

11. Si su bebe llora de hambre o de Sed durante el día y la noche, ¿Qué haría Ud.?:

a) Le daría leche artificial

b) Le daría solo pecho.

c) Le daría leche materna más agüitas.

CONOCIMIENTO DE EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE

12. Si Ud. trabajara o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebe?

a) Tendría que darle leche artificial.

b) Le daría leche materna mientras este con mi bebe y leche artificial cuando me separe de él.

c) Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.

13. La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:

a) Hasta 1 hora.

b) Hasta 8 horas

c) No sabe

CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

14. Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea:

a) Le suspende la lactancia materna

b) Le da panetela y otras agüitas

c) Le da lactancia materna más suero oral

d) Le daría pecho con mayor frecuencia

15. Que madres no deben de dar de lactar la bebe

a) Madres que tienen tos

b) Madres con VIH /SIDA

c) Madres que lavan mucha ropa.

16. Puede Ud. decirme la razón principal por la que Ud. le daría leche materna a su bebe

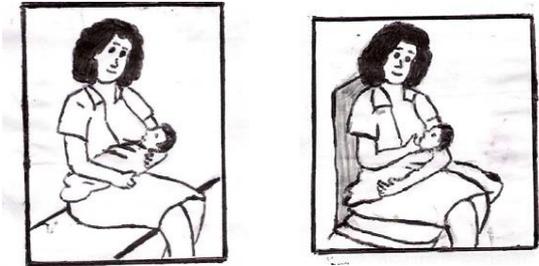
a) Me ahorro dinero.

b) Le da nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas.

c) Me da mas tiempo de pasar en compañía con mi bebe

CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA

17. Marque la grafica correcta en que se muestra la posición en como debe de dar de lactar a su bebe:

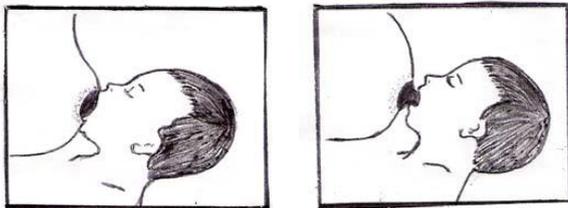


18. Marque la grafica correcta de como debe colocar la boca de su bebe al pecho para la lactancia:

19. ¿Por cuál de las mammas empieza nuevamente a darle de lactar al bebe?

- a) Empezará dar de lactar por cualquier seno
- b) Iniciará por la mama que no estuvo lactando anteriormente

20. Para interrumpir la succión:



- d) Jala el pezón para que le bebe suelte
- e) Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón

21. De quién obtuvo Ud. información sobre Lactancia Materna

- a) Personal de alud
- b) Familiares
- c) Amigos
- d) Otros

ANEXO 6: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN LACTANCIA MATERNA

1. ¿Sabe usted qué es amamantar?

Si () no ()

CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

2. Durante los primeros 6 meses de vida del bebé usted debe alimentarlo con:

- a. Leche materna más infusión de anís.
- b. **Sólo leche materna.**
- c. Leche materna más leche artificial.

CONOCIMIENTO DE DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

3. ¿Hasta qué edad se le debe dar el pecho al bebé de forma exclusiva?

- a. Hasta los 2 años.
- b. **Hasta los 6 meses.**
- c. Hasta los 12 meses.

CONOCIMIENTO DEL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

4. ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebé?

- a. A las 4 horas del nacimiento.
- b. **Inmediatamente después del parto.**
- a. A las 24 horas del nacimiento.
- b. Cuando el bebé lllore por hambre por primera vez.

CONOCIMIENTO DE FRECUENCIA DE MAMADA

5. ¿Cada cuánto tiempo debe mamar el bebé?

- a. Cada 2 horas.
- b. **Cada vez que el niño lllore o a demanda.**
- c. Cada 6 horas.

6. Si su bebé llora de hambre o sed durante el día y la noche ¿Qué haría usted?

- a. Le daría leche artificial.
- b. **Le daría sólo pecho.**
- c. Le daría leche materna más infusiones.

CONOCIMIENTO DE EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE

7. Si usted trabajase o estuviese fuera de casa ¿Cómo debe alimentar al bebé?
- Tendría que darle leche artificial.
 - Le daría leche materna mientras esté con mi bebé y leche artificial cuando me separe de él.
 - Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en casa o en el trabajo.
8. La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:
- Hasta 1 hora.
 - Hasta 8 horas. ✓
 - No sabe.

CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

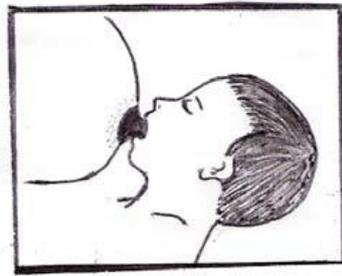
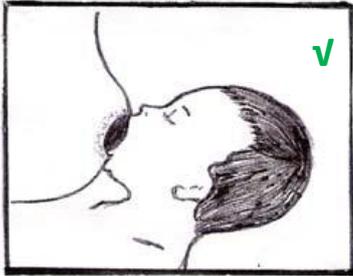
9. Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea:
- Le suspendería la lactancia materna.
 - Le daría infusiones.
 - Le daría lactancia materna más suero oral.
 - Le daría el pecho con mayor frecuencia.
10. ¿Qué madres no deben amamantar a sus bebés?
- Madres que tienen tos.
 - Madres con VIH/SIDA.
 - Madres que lavan mucha ropa.
11. ¿Puede usted decirme la razón principal por la que le daría leche materna a su bebé?
- Ahorro dinero.
 - Por darle nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas.
 - Tengo más tiempo para pasar en compañía de mi bebé.

CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA

12. Marque la gráfica correcta en la que se muestra la posición en cómo debe dar de mamar a su bebé:



13. Marque la gráfica correcta de cómo debe colocar la boca de su bebé en el pecho para la lactancia:



14. ¿Por cuál de las mamas empieza nuevamente a darle de mamar al bebé?

- a. Empezará a dar de mamar por cualquier mama.
- b. Empezará por la mama que no estuvo mamando anteriormente.

15. Para interrumpir la succión

- a. Tira del pezón para que el bebé lo suelte.
- b. Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón.

16. ¿De quién obtuvo usted información sobre lactancia materna?

- a. Personal sanitario.
- b. Familiares.
- c. Amigos.
- d. Otros.

ANEXO 7: CUESTIONARIO DE COÑECEMENTOS BÁSICOS EN LACTANCIA MATERNA

¿Sabe vostede que é aleitar?

Si () non ()

COÑECEMENTO DE LACTACIÓN MATERNA

17. Durante os primeiros 6 meses de vida do bebé vostede debe alimentalo con:

- a. Leite materno máis infusión de anís
- b. **Só leite materno**
- c. Leite materno máis leite artificial

COÑECEMENTO DE DURACIÓN DA LACTACIÓN MATERNA

18. ¿Ata que idade se lle debe dar peito ó bebé de maneira exclusiva?

- a. Ata os 2 anos
- b. **Ata os 6 meses**
- c. Ata os 12 meses

COÑECEMENTO DO INICIO DA LACTACIÓN MATERNA

19. ¿Cando debe iniciar a lactación materna o seu bebé?

- a. Ás 4 horas do nacemento
- b. **Inmediatamente despois do parto**
- c. Ás 24 horas do nacemento
- d. Cando o bebé chore de fame por primeira vez

COÑECEMENTO DE FRECUENCIA DE MAMADA

20. ¿Cada canto tempo debe mamar o bebé?

- a. Cada 2 horas
- b. **Cada vez que o neno chore ou a demanda**
- c. Cada 6 horas

21. Se o seu bebé chora de fame ou sede durante o día e a noite ¿Que faría vostede?

- a. Daríalle leite artificial
- b. **Daríalle só peito**
- c. Daríalle leite materno mais infusións

COÑECEMENTO DE EXTRACCIÓN E ALMACENAMENTO DO LEITE

22. Se vostede traballara ou estivera fóra da casa ¿Como debe de alimentar ó bebé?
- Tería que darlle leite artificial
 - Daríalle leite materno mentres estea co meu bebé e leite artificial cando me separe del
 - Preferiblemente tería que darlle leite materno extraído no fogar ou no traballo**
23. O leite materno gardado a temperatura ambiente dura ata:
- Ata 1 hora
 - Ata 8 horas**
 - Non sabe

COÑECEMENTO DA IMPORTANCIA DA LACTACIÓN MATERNA

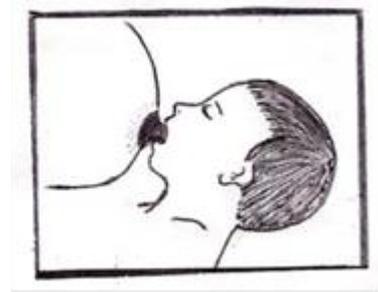
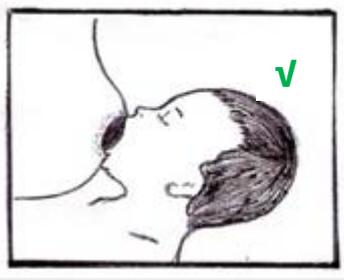
24. Se o seu bebé menor de 6 meses tivera diarrea:
- Suspenderíalle a lactación materna
 - Daríalle infusións
 - Daríalle lactación materna mais suero oral
 - Daríalle peito con maior frecuencia**
25. ¿Que nais non deben amamantar ós seus bebés?
- Nais que teñen tos
 - Nais con VIH/SIDA**
 - Nais que lavan moita roupa
26. ¿Pode vostede decirme a razón principal pola que lle daría leite materno ó seu bebé?
- Aforro cartos
 - Darlle nutrientes necesarios ademais de previr enfermidades respiratorias e diarreicas
 - Teño máis tempo para pasar na compañía do meu bebé

COÑECEMENTO DA TÉCNICA DE LACTACIÓN MATERNA

27. Marque a gráfica correcta na que se amosa a posición en como debe dar de mamar ó seu bebé



28. Marque a gráfica correcta de como debe colocar a boca do seu bebé no peito para a lactación



29. ¿Por cal das mamas empeza novamente a darlle de mamar ó bebé?

- a. Empezará a dar de mamar por calquer mama
- b. **Iniciará pola mama que non estivo mamando anteriormente**

30. Para interromper a succión

- a. Tira do pezón para que o bebé solte
- b. **Introduce un dedo na súa boquiña para que solte o pezón**

31. ¿De quen obtivo vostede información sobre lactación materna?

- a. Persoal sanitario
- b. Familiares
- c. Amigos
- d. Outros

ANEXO 9: HOJA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATOS PERSONALES

1. Edad:
 - a. De 18 a 34
 - b. 35 o más
2. Estado civil:
 - a. Casada
 - b. En convivencia
 - c. Soltera
3. Nivel de estudios
 - a. Primaria: incompleta () completa ()
 - b. Secundaria: incompleta () completa ()
 - c. Superior
 - i. Universitario: completo () incompleto ()
 - ii. No universitario: completo () incompleto ()
 - d. Doctor
4. Paridad:
 - a. Primípara
 - b. Multípara
 - c. Gran multípara (más de 5)
5. Ocupación:
 - a. Ama de casa
 - b. Empleada
 - c. Autónoma
 - d. Estudiante
6. NACIONALIDAD:
7. POBLACIÓN:
8. CENTRO DE SALUD DONDE CONTROLA SU EMBARAZO:
9. PARTOS ANTERIORES:
10. Si tiene más hijos, indique si les ha alimentado con:
 - a. lactancia materna
 - b. lactancia artificial
 - c. lactancia mixta
11. ¿Cómo tiene pensado alimentar a su futuro bebé?
 - a. lactancia materna
 - b. lactancia artificial
 - c. lactancia mixta

ANEXO 8: FOLLA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DATOS PERSONAIS

1. Idade:
 - a. De 18 a 34
 - b. 35 ou máis
2. Estado civil:
 - a. Casado
 - b. En convivencia
 - c. Solteira
3. Nivel de estudos
 - a. Primaria: incompleta () completa ()
 - b. Secundaria: incompleta () completa ()
 - c. Superior
 - i. Universitario: completo () incompleto ()
 - ii. Non universitario: completo () incompleto ()
 - d. Doutor
4. Paridade:
 - a. Primípara
 - b. Multípara
 - c. Gran multípara (máis de 5)
5. Ocupación:
 - a. Ama de casa
 - b. Empregada
 - c. Autónoma
 - d. Estudante
6. Nacionalidade:
7. Poboación:
8. Centro de saúde onde controla o seu embarazo:
9. Se ten máis fillos, indique se os alimentou con:
 - a. lactación materna
 - b. lactación artificial
 - c. lactación mixta
10. ¿Cómo ten pensado alimentar ó seu futuro bebé?
 - a. lactación materna
 - b. lactación artificial
 - c. lactación mixta

ANEXO 10: HOJA INFORMATIVA DIRIGIDA A LAS MATRONAS

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Estudio de la construcción vivencial de las madres de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol del soporte recibido para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna”

Investigadora principal: M^a del Carmen Suárez Cotelo. Residente de 2^o año de enfermería obstétrica-ginecológica.

Investigadora colaboradora: Paula Pita García. Matrona.

Introducción:

A día de hoy nadie pone en duda los efectos beneficiosos que tiene la lactancia materna, tanto para la madre como para su bebé. La OMS y UNICEF recomiendan la alimentación del recién nacido (RN) con lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida; y lactancia materna, junto con alimentación complementaria, hasta los dos años o hasta que la madre y el niño así lo deseen, con el fin de conseguir un nivel óptimo de crecimiento, salud y desarrollo.

Hasta el siglo pasado, cuando una madre se encontraba ante una dificultad tanto en la instauración como en el mantenimiento de la lactancia materna, una mujer de su entorno, con experiencia previa, le asesoraba hasta conseguir el éxito. Los cambios relacionados con las mamas y el cuidado del RN se transmitían de generación en generación. En definitiva, existía una “cultura de amamantamiento”.

La salida al mercado de las leches artificiales, el traslado de los partos del domicilio al hospital y la incorporación de la mujer al trabajo remunerado son algunos de los motivos que hicieron que esa “cultura” haya desaparecido.

A pesar de los esfuerzos realizados por las políticas sanitarias en las últimas décadas, la prevalencia mundial de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad es del 37%, cifra que dista mucho de las aspiraciones de la OMS. En Galicia los últimos datos disponibles son de 2012, con unas cifras de 66% de lactancia materna exclusiva a las 6 semanas posparto y un 28% a los 6 meses.

La mayor parte de los autores afirman que un mayor conocimiento de las madres en relación a la lactancia materna permite afrontar con mayor éxito cualquier tipo de dificultad que se les presente. Sin embargo, hay estudios que concluyen que no hay relación directa entre los conocimientos adquiridos durante la gestación y las cifras de lactancia materna. Incluso afirman que, en ocasiones, la decisión de amamantar se ha tomado ya desde antes del embarazo.

Objetivo general:

Las diferentes formas de apoyo, profesionales y no profesionales, muestran un aumento en la duración de la LM y en la exclusividad pero, sin embargo, los datos de la bibliografía evidencian que la instauración y permanencia en el tiempo de la lactancia materna no han alcanzado los valores deseables. Ello pone de manifiesto la necesidad de estudiar la situación desde la

perspectiva de las madres. Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo general diagnosticar la situación real del soporte existente en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna: conocimientos, manejo, experiencias..., según la perspectiva vivencial de las madres implicadas.

Metodología:

El proyecto consta de dos fases: una fase cuantitativa y una fase cualitativa.

En la fase cuantitativa se valorarán los conocimientos y actitudes de las madres en relación a la lactancia materna a través de dos cuestionarios.

La fase cualitativa pretende comprender los significados que las madres atribuyen a sus experiencias y vivencias con respecto a la lactancia materna a través de entrevistas semiestructuradas.

Recogida de datos:

La captación de las participantes se hará en las clases de educación maternal el día que se aborde el tema de la lactancia materna.

Los centros de salud seleccionados son aquellos que cuentan con un profesional de enfermería obstétrico-ginecológica.

Consideraciones éticas:

- La investigación propuesta respeta los principios fundamentales de la declaración de Helsinki, del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, de la declaración Universal de la UNESCO, sobre el genoma humano y los derechos humanos y el Consejo de Oviedo relativo a los derechos humanos y a la biomedicina.
- Se garantiza un tratamiento de los datos de las participantes según la Ley Orgánica 5/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Se solicitará el consentimiento informado (tanto verbal como escrito) a las participantes del estudio.
- Se entregará una hoja informativa a todas las participantes del estudio.
- Se ha obtenido informe favorable del Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia (CAEIG) el 18 de marzo de 2014.

Si desea más información puede ponerse en contacto con la investigadora principal a través del correo electrónico: msuarezcotelo@gmail.com

ANEXO 11: FOLLA INFORMATIVA DIRIXIDA ÁS MATRONAS

TÍTULO DO ESTUDO: “Estudo da construción vivencial das nais da Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol do soporte recibido para a instauración e mantemento da lactación materna”

Investigadora principal: M^a del Carmen Suárez Cotelo. Residente de 2^o ano de enfermaría obstétrica-xinecolóxica.

Investigadora colaboradora: Paula Pita García. Matrona.

Introdución:

A día de hoxe ninguén pon en dúbida os efectos beneficiosos que ten a lactación materna, tanto para a nai como para o seu bebé. A OMS e UNICEF recomendan a alimentación do recién nacido (RN) con lactación materna exclusiva os seis primeiros meses de vida; e lactación materna, xunto con alimentación complementaria, ata os dous anos ou ata que a nai e o neno así o desexen, coa fin de acadar un nivel óptimo de crecemento, saúde e desenvolvemento.

Ata o século pasado, cando unha nai se atopaba cunha dificultade tanto na instauración como no mantemento da lactación materna, unha muller da súa contorna, con experiencia previa, asesorábaa para acadar o éxito. Os cambios relacionados coas mamas e o coidado do RN transmitíanse de xeración en xeración. En definitiva, existía unha “cultura do amamantamento”.

A saída ó mercado dos leites artificiais, o traslado dos partos do domicilio ó hospital e a incorporación da muller ó traballo remunerado son algúns dos motivos que fixeron que esa “cultura” desaparecese.

A pesar dos esforzos realizados polas políticas sanitarias nas últimas décadas, a prevalencia mundial de lactación materna exclusiva ós 6 meses de idade é do 37%, cifra que dista moito das aspiracións da OMS. En Galicia os últimos datos dispoñibles son de 2012, cunhas cifras de 66% de lactación materna exclusiva ás 6 semanas posparto e un 28% ós 6 meses.

A maior parte dos autores afirman que un maior coñecemento das nais en relación á lactación materna permite afrontar con maior éxito calquera tipo de dificultade que se lles presente. Sen embargo, hai estudos que conclúen que non hai relación directa entre os coñecementos adquiridos durante a xestación e as cifras de lactación materna. Incluso afirman que, en ocasións, a decisión de amamantar tomouse xa dende antes do embarazo.

Obxectivo xeral:

As diferentes formas de apoio, profesionais e non profesionais, mostran un aumento na duración da LM e na exclusividade pero, sen embargo, os datos da bibliografía evidencian que a instauración e permanencia no tempo da lactancia materna non alcanzaron os valores desexables. Isto pon de manifesto a necesidade de estudar a situación dende a perspectiva das nais. É por isto, que o presente traballo ten como obxectivo xeral diagnosticar a situación real do soporte existente na Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol para a instauración e

mantemento da lactación materna: coñecementos, manexo, experiencias..., segundo a perspectiva vivencial das nais implicadas.

Metodoloxía:

O proxecto consta de dúas fases: unha fase cuantitativa e unha fase cualitativa.

Na fase cuantitativa valoraranse os coñecementos e actitudes das nais en relación á lactación materna a través de dous cuestionarios.

A fase cualitativa pretende comprender os significados que as nais atribúen ás súas experiencias e vivencias a respecto da lactación materna a través de entrevistas semiestruturadas.

Recollida de datos:

A captación das participantes farase na clases de educación maternal o día que se aborde o tema da lactación materna.

Os centros de saúde seleccionados son aqueles que contan cun profesional de enfermaría obstétrico-xinecolóxica.

Consideracións éticas:

- A investigación proposta respecta os principios fundamentais da declaración de Helsinki, do Consello de Europa relativo ós dereitos humanos e á biomedicina, da declaración Universal da UNESCO sobre o xenoma humano e os dereitos humanos e o Consello de Oviedo relativo ós dereitos humanos e á biomedicina.
- Garántese un tratamento dos datos das participantes segundo a Lei Orgánica 5/1999, do 13 de decembro de Protección de Datos de Carácter Persoal.
- Solicitarase o consentemento informado (tanto verbal como escrito) ás participantes do estudo.
- Entregarase unha folla informativa a tódalas participantes do estudo.
- Obtívose informe favorábel do Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia (CAEIG) o 18 de marzo de 2014.

Se desexa máis información pode poñerse en contacto coa investigadora principal a través do correo electrónico: msuarezcotelo@gmail.com

ANEXO 12: HOJA INFORMATIVA DIRIGIDA A LAS PARTICIPANTES

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Estudio de la construcción vivencial de las madres de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol del soporte recibido para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna”

INVESTIGADOR PRINCIPAL: M^a del Carmen Suárez Cotelo. Enfermera. Residente de matrona del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF). DNI: 46909754N

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre el estudio de Investigación en el que se le invita a participar.

Este estudio se está realizando en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Ha sido aprobado y tiene el informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Si decide participar en el mismo, debe leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo.

Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Ud. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

La evidencia científica ha demostrado que la lactancia materna es la alimentación más adecuada para el recién nacido (RN). Ésta ofrece beneficios para la salud del niño, de la madre y para la sociedad. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y la lactancia materna en combinación con alimentación complementaria hasta los dos años de edad o hasta que la madre y el niño así lo decidan.

La información sobre la lactancia materna y el apoyo profesional y no profesional dado a las madres durante el embarazo, el parto y el posparto condiciona su capacidad para tener una lactancia exitosa. Con este estudio queremos conocer la situación real del soporte existente en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna: conocimientos de las madres, manejo, experiencias...con el fin de establecer estrategias de mejora diseñadas desde la perspectiva de la vivencia de las madres.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de los participantes depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de investigación. Usted está invitado a participar, porque cumple esos criterios, que son los siguientes: Mujeres embarazadas que acudan a las clases de educación maternal con la matrona en alguno de los escenarios citados y que aceptan participar en el estudio firmando el correspondiente consentimiento informado y con la mayoría de edad cumplida (18 años).

Se espera que participen un mínimo de **206** mujeres.

¿En qué consiste mi participación?

Tras proporcionarle esta información, le pediremos que si está dispuesta a participar, firme un consentimiento informado. Si en cualquier momento cambia de opinión, sólo tiene que comunicárnoslo y no contactaremos más con usted.

Tras firmar el consentimiento informado le entregaremos un sobre que lleva dos cuestionarios en su interior. Esta encuesta ha de cubrirla al terminar la clase de educación maternal. Una vez cubierta la encuesta debe meterla en el sobre prefranqueado que se adjunta y meterla en un buzón de correos.

Alguna de las encuestas recibidas será seleccionada para realizarle una entrevista. Si es usted una de las seleccionadas la llamaremos por teléfono para concertar una entrevista con usted. No tendrá que desplazarse, la entrevista la realizaremos donde Ud. Prefiera.

Los investigadores pueden decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir su participación por la aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad o por incumplimiento de los procedimientos de estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Este estudio es completamente voluntario, no está previsto que pueda ocasionar ningún riesgo ni inconveniente, salvo el tiempo que pueda tardar en cumplimentar el cuestionario.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Ud. obtenga beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre el apoyo de la lactancia materna en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. En el futuro, es posible que estos descubrimientos sean de utilidad para mejorar aspectos que quizá puedan beneficiarle a usted o a otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Ud. lo desea, se le facilitará un resumen con los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de las participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

La participación en este estudio es únicamente voluntaria. La información será tratada estrictamente de manera confidencial, de acuerdo a la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal* y sólo tendrán acceso a ella los investigadores que realicen este estudio.

Solo el equipo investigador, que tiene el deber de guardar confidencialidad, tendrá acceso a todos los datos recogidos, y será quien custodie todos los cuestionarios recogidos. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En caso de que alguna

información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país.

Su cuestionario y entrevista (en el caso de hacerla) será guardado de forma codificada. Esto quiere decir que se le asignará un código que se puede relacionar, mediante una información, con su identificación. Esta información estará a cargo del investigador principal, que la guardará y custodiará el tiempo necesario para finalizar el estudio. Una vez finalizado el estudio los datos se conservarán de forma anonimizada, es decir, la investigadora destruirá el listado de códigos de identificación.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Los investigadores no recibirán retribución específica ninguna por la dedicación al estudio. A usted tampoco se le retribuirá por participar.

¿Dónde puede obtener más información o hacer preguntas acerca del estudio?

Si desea más información puede ponerse en contacto con el equipo investigador a través del siguiente correo electrónico: conocimientoslm@gmail.com

El éxito de este proyecto de investigación depende de su participación, esperamos que pueda colaborar.

ANEXO 13: FOLLA INFORMATIVA DIRIXIDA ÁS PARTICIPANTES

TÍTULO DO ESTUDO: “Estudo da construción vivencial das nais da Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol do soporte recibido para a instauración e mantemento da lactación materna”

INVESTIGADORA PRINCIPAL:

M^a del Carmen Suárez Cotelo. Enfermeira. Residente de matrona do Servizo de Obstetricia e Xinecología do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF). DNI: 46909754N

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre o estudo de Investigación no que se lle invita a participar.

Este estudo estáse realizando na Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Foi aprobado e ten o informe favorable do Comité Ético de Investigación Clínica de Galiza.

Se decide participar no mesmo, debe ler antes este documento e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo.

Se o desexa, pode levar o documento, consúltalo con outras persoas, e tomar o tempo necesario para decidir se participar ou non.

A participación neste estudo é completamente voluntaria. Vostede pode decidir non participar ou, se acepta facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquer momento sen ter que dar explicacións.

Aseguramoslle que esta decisión non afectará a relación co seu médico nin á asistencia sanitaria á que vostede ten dereito.

¿Cal é o propósito do estudo?

A evidencia científica demostrou que a lactación materna é a alimentación máis adecuada para o recém nado. Ésta ofrece beneficios para a saúde do neno, da nai e para a sociedade. A Organización Mundial da Saúde recomenda a lactación materna exclusiva ata os 6 meses de vida e a lactación materna en combinación con alimentación complementaria ata os dous anos de idade ou ata que o neno e a nai así o decidan.

A información sobre a lactación materna e o apoio profesional e non profesional dado ás nais durante o embarazo, o parto e o posparto condiciona a súa capacidade para ter unha lactancia exitosa. Con este estudo queremos coñecer a situación real do soporte existente na Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol para a instauración e mantemento da lactación materna: coñecementos das nais, manexo, experiencias...co fin de establecer estratexias de mellora deseñadas dende a perspectiva da vivencia das nais.

¿Por que me ofrecen participar a min?

A selección dos participantes depende duns criterios que están descritos no protocolo de investigación. Vostede está invitado a participar, porque cumpre eses criterios, que son os seguintes: Mulleres embarazadas que acudan ás clases de educación maternal coa matrona e que aceptan participar no estudo firmando o correspondente consentimento informado e coa maioría de idade cumprida (18 anos).

Espérase que participen un mínimo de **206** mulleres.

¿En que consiste a miña participación?

Tras proporcionarlle esta información, pediremoslle que se está disposta a participar, firme un consentimento informado. Se en calquer momento cambia de opinión, só ten que comunicárnolo e non contactaremos máis con vostede.

Tras firmar o consentimento informado entregaremoslle un sobre que leva dous cuestionarios no seu interior. Este cuestionario debe cubri-lo ó remate da clase de educación maternal. Unha vez cuberta a enquisa debe metela no sobre prefranqueado que se adxunta e metela nun buzón de correos.

Algunha das enquisas recibidas será seleccionada para realizarlle unha entrevista. Se é vostede unha das seleccionadas chamarémola por teléfono para concertar unha entrevista con vostede. Non terá que desplazarse, a entrevista realizaremola onde vostede prefira.

Os investigadores poden decidir finalizar o estudo antes do previsto ou interromper a súa participación pola aparición de nova información relevante, por motivos de seguridade ou por incumplimiento dos procedementos do estudo.

¿Que riscos ou inconvenientes ten?

Este estudo é completamente voluntario, non está previsto que poda ocasionar ningún risco nin inconveniente, salvo o tempo que poda tardar en cumplimentar o cuestionario.

¿Obterei algún beneficio por participar?

Non se espera que vostede obteña beneficio directo por participar no estudo. A investigación pretende descubrir aspectos descoñecidos ou pouco claros sobre o apoio da lactancia materna na Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol. Nun futuro, é posible que estes descubrimentos sexan de utilidade para mellorar aspectos que quizá podan beneficiarlle a vostede ou a outras persoas.

¿Recibiré a información que se obteña do estudo?

Si vostede o desexa, facilitaráselle un resumo cos resultados do estudo.

¿Publicaránse os resultados deste estudo?

Os resultados deste estudo serán remitidos a publicacións científicas para a súa difusión, pero non se transmitirá ningún dato que poda levar á identificación das participantes.

¿Cómo se protexerá a confidencialidade dos meus datos?

A participación neste estudo é únicamente voluntaria. A información será tratada estrictamente de maneira confidencial, dacordo á *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal* e só terán acceso a ela os investigadores que realicen este estudo.

Só o equipo investigador, que ten o deber de gardar a confidencialidade, terá acceso a todos os datos recollidos, e será quen custodie os cuestionarios. Poderase transmitir a terceiros información que non poda ser identificada. En caso de que algunha información sexa transmitida a outros países, realizarase cun nivel de protección dos datos equivalente, como mínimo, ó exixido pola normativa do noso país.

O seu cuestionario e entrevista (no caso de facela) será gardado de forma codificada. Isto quere dicir que se lle asignará un código que se pode relacionar, mediante unha información, coa súa identificación. Esta información estará a cargo do investigador principal, que a gardará e custodiará o tempo necesario para finalizar o estudo. Unha vez finalizado o estudo os datos conservaránse de forma anonimizada, é dicir, a investigadora destruirá o listado de códigos de identificación.

¿Existen intereses económicos neste estudo?

Os investigadores non recibirán retribución específica ningunha pola dedicación ó estudo. A vostede tampouco se lle retribuirá por participar.

¿Donde podo obter máis información ou facer preguntas acerca do estudo?

Se desexa máis información pode poñerse en contacto co equipo investigador a través do seguinte correo electrónico: conocimientoslm@gmail.com

O éxito deste proxecto de investigación depende da súa participación, esperamos que poda colaborar.

ANEXO 14: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

“ESTUDIO DE LA CONSTRUCCIÓN VIVENCIAL DE LAS MADRES DE LA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL DEL SOPORTE RECIBIDO PARA LA INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA”

Yo, Dña. _____, manifiesto que he leído la Hoja de Información para la Participante del estudio arriba mencionado que me fue entregada.

Pude conversar con la investigadora

Dña. _____ con DNI _____ y hacer todas las preguntas necesarias para comprender las condiciones del estudio, de manera que considero que he recibido suficiente información.

- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados de enfermería.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la Hoja de Información a la Participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En cuanto a los resultados del estudio,

- Deseo conocer los resultados del estudio
- No deseo conocer los resultados del estudio.

La participante,

La investigadora

[Firma de la Participante]

[Firma de la investigadora]

Fecha:

ANEXO 15: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

“ESTUDO DA CONSTRUCCIÓN VIVENCIAL DAS NAIS DA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL DO SOPORTE RECIBIDO PARA A INSTAURACIÓN E MANTENEMENTO DA LACTACIÓN MATERNA”

Eu, Dna. _____, manifesto que lin a Folla de Información para a Participante, pertencente ó estudo arriba mencionado e que me foi entregada.

Puiden conversar coa investigadora

Dna. _____ con DNI _____ e facer todas as preguntas necesarias para comprender as condicións do estudo, de xeito que considero que recibín suficiente información.

- Comprendo que a miña participación é voluntaria e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos meus coidados de enfermería.
- Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na Folla de Información á participante.
- Dou libremente a miña conformidade para participar no estudo.

En canto ós resultados do estudo,

- Desexo coñecer os resultados do estudo
- Non desexo coñecer os resultados do estudo.

A participante,

A investigadora

[Sinatura da participante]

[Sinatura da investigadora]

Data

ANEXO 16: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

- ¿Cómo has vivido la experiencia en cuanto a la alimentación de tu bebé?
- ¿qué tipo de alimentación le has dado/le das?
- ¿Era ese el tipo de alimentación que deseabas darle?
- ¿Cuáles han sido tus principales motivos para escoger ese tipo de alimentación?
- ¿Qué crees que fue lo que más te ha influido en tu decisión?
 - Qué papel dirías que tuvo:
 - Tu pareja
 - Tu familia
 - La matrona
- ¿Te has sentido juzgada en algún momento por la decisión tomada?
- ¿Te has encontrado con alguna dificultad a lo largo de este proceso? ¿Cómo la has solucionado?
- ¿Cuáles han sido tus principales apoyos en este proceso? (incluyendo apoyo profesional, familiar y estructural)
- ¿Qué es lo que más valoras de una persona que te ayuda con la alimentación del bebé?
- ¿Cuáles son los aspectos positivos y negativos de la alimentación que has elegido?
- ¿Crees que si hubieses escogido otra alimentación hubiese sido más fácil el proceso?

ANEXO 18: INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ AUTONÓMICO DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA



Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia
 Edificio Administrativo de San Lázaro
 15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
 Tlf: 881 546425 Fax: 881 541804
 ceic@sergas.es



DICTAMEN DEL COMITÉ AUTONÓMICO DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

Paula M. López Vázquez, Secretaria del Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 13/03/2014 el estudio:

Título: Estudio de la construcción vivencial de las madres de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol del soporte recibido para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna

Promotor: M^a del Carmen Suárez Cotelo

Código de Registro CAEI de Galicia: 2014/064

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano, y el la Circular n^o 07 / 2004, investigaciones clínicas con productos sanitarios.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del CEIC de Galicia

Emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización del estudio por el/la investigador/a del centro:

Centros	Investigadores Principales
C.H. Universitario de Ferrol	M ^a del Carmen Suárez Cotelo

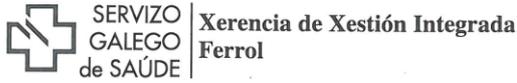
NOTA: Modificar la edad de los participantes en la hoja de información (se menciona >16 en lugar de 18 o más).

En Santiago de Compostela, a 18 de marzo de 2014

La Secretaria

Paula M. López Vázquez

ANEXO 19: INFORME FAVORABLE DE LA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL



XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL

CONFORMIDAD DE LA XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL

Don Ángel Facio Villanueva, Xerente de Xestión Integrada de Ferrol, vista la autorización del Comité de Ética de referencia

CERTIFICA

Que, conoce la propuesta realizada Dña. Carmen Suárez Cotelo (matrona) para realizar en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol el Estudio Observacional titulado "Estudio de la construcción vivencial de las madres de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol del soporte recibido para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna"

Que acepta la realización de dicho estudio observacional en este centro.

Ferrol, 16 de septiembre de 2014

Fdo. Ángel Facio Villanueva
Xerente de Xestión Integrada de Ferrol