



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Tesis Doctoral

**ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA
EN EL PROCESO DE INSTAURACIÓN DE LA
LACTANCIA MATERNA**

Doctoranda

D. ^a Isabel María González Cruz

Directora


Dra. D. ^a Isabel María Morales Gil

Málaga, 2017



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Isabel María González Cruz

 <http://orcid.org/0000-0001-5592-7418>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Salud

D. ^a Isabel M^a Morales Gil, Profesora Titular de Universidad, Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga.

CERTIFICA

Que el trabajo de investigación presentado como Tesis Doctoral por D. ^a Isabel María González Cruz, titulado "ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL PROCESO DE INSTAURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA", ha sido realizado bajo su dirección y considera que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expide y firma el presente certificado en Málaga a doce de diciembre de dos mil dieciséis.

Fdo.:



Dra. D. ^a Isabel M^a Morales Gil



"La lactancia es el complemento de la gestación. Ahí aparece con toda actividad el espíritu de la maternidad..... Frecuentemente el dolor, la fatiga y el insomnio esperan a las madres nodrizas, y es preciso que ellas sean mantenidas en el cumplimiento de esta tarea por el sentimiento del deber, que viene precisamente en ayuda del decaimiento del instinto."

Lovain 1864



DEDICATORIA

“Dedicada a mis padrinos, Manuel y Sara, por su cariño y apoyo durante toda mi vida (que en paz descansen) sé que estarían muy orgullosos, y a mis padres Camilo y Maruja por su dedicación y ayuda incondicional, y su confianza en mí. Sin ellos, nada de esto sería posible. Gracias papas. Os quiero.”.



AGRADECIMIENTOS

Realmente me gustaría agradecer a varias personas, que han sido fundamentales para que este trabajo haya podido salir adelante.

Me gustaría expresar mi reconocimiento a mi directora de tesis, la Dra. D. ^a Isabel M Morales Gil. Quiero comenzar agradeciéndole de todo corazón su inestimable apoyo, comprensión y ayuda, sin duda sin su confianza y total dedicación en todo momento, este trabajo no hubiera sido posible. Muchas gracias.

Al Dr. Juan Carlos Toribio Montero, gran profesional y mejor amigo y persona; él ha estado a mi lado desde el principio, colaborando en este proyecto, y que me ha ayudado, escuchado, aconsejado y orientado de forma incondicional, sin tu ayuda hubiese tirado la toalla en varios momentos.

A Paco Rivas, por todo su tiempo, paciencia, conocimiento y respeto, por estar siempre ahí da igual el momento del día, siempre con una sonrisa y una palabra de ánimo.

Debo hacer una mención especial al Dr. José Carlos Canca Sánchez, mi director de enfermería; sin sus palabras de apoyo y de ánimo, su paciencia, implicación, su esfuerzo y continua dedicación a nosotros,

este proyecto indudablemente, no se hubiera llevado a cabo. Gracias jefe, por facilitar que nuestro trabajo resulte gratificante y pueda llevarse a cabo en el mejor entorno laboral y profesional posible.

A mis dos compañeros de equipo del área materno infantil, compañeros de fatigas e ilusiones incondicionales, con ellos he tenido el placer de compartir esta experiencia, Rosana Medina López y Juan Carlos Higüero Macías, sois los mejores compañeros de viaje que puedo tener, gracias por los momentos de risas, y los de nervios y llantos, os quiero.

A mis compañeros de trabajo, a mi equipo con el que se me llena la boca cuando me dirijo a ellos, a Purificación Alcalá Gutiérrez, a Ana Belén Moya, hemos compartidos decenas de horas de biblioteca, y siempre he recibido de vosotras una sonrisa, y al resto de los 13 miembros del equipo de Responsables de Unidad de Enfermería del Hospital Costa del Sol, al que tengo el lujo de pertenecer.

A los artífices “responsables” verdaderas de la idea para que este trabajo haya salido adelante, una de las partes protagonistas, las madres del área maternal, sus parejas y sus bebés, sin vosotros esto no tendría sentido tampoco. Gracias a vosotras me he sentido a pesar y madurar, hacia donde debemos dirigir nuestros esfuerzos, para que vuestra satisfacción, sea también la nuestra.

A los otros protagonistas de todo esto, los profesionales del área maternal, de los que me siento tan orgullosa y de los que he recibido tanto ánimo y palabras de apoyo en momentos de nervios y de pensar que no llegaba al final. Gracias por vuestra paciencia, por vuestra profesional y vuestra implicación e ilusión para poder mejorar, y ser un espejo en el que se puedan mirar otras maternidades. Es un placer trabajar con vosotros día a día.

A mis amigos, que son mi mayor tesoro, Sandra Maza, José Antonio Salazar, Raquel Torres, Luisa M Pérez, entre otros, gracias por creer en mí, gracias por respetarme y apoyarme de manera incondicional.

A mi Javi Arranz, todos ellos han aguantado en silencio y sin reproches mis continuas ausencias. Gracias a todos, os quiero.



DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Tanto la doctoranda como la directora de la tesis declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.



INDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	27
PARTE I.....	35
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
1. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	37
1.1. Introducción	37
1.2. ¿Existe evidencia relacionada con la lactancia materna?	38
2. PRINCIPALES HALLAZGOS HASTA EL MOMENTO	42
2.1. Factores asociados a la madre	42
2.1.1. Factores Asociados con la Intención de amamantar	42
2.2. Factores Actitudinales.....	43
2.3. Más factores Determinantes en la Lactancia Materna	44
2.4. Factores Psicosociales: estrés y ansiedad.....	45
2.5. Otros aspectos directamente relacionados con la generación de ansiedad y estrés son:.....	48
2.6. Factores que Favorecen la Instauración de la Lactancia Materna	49
2.7. Factores que favorecen el abandono de la LM	52
2.8. Complicaciones del abandono de la LM	57
2.9. Actitudes y papel de los profesionales de la sanidad en la LM	58
3. SITUACION ACTUAL Y PROBLEMAS PENDIENTES	61
3.1 Recomendaciones para reducir las causas del abandono.	62
3.2. Otras Recomendaciones a tener en cuenta:.....	64
3.3. Principales problemas pendientes.....	66
PARTE II.....	71
MARCO CONCEPTUAL.....	71

2. LA LACTANCIA MATERNA	73
2.1. La Lactancia Materna Exclusiva	75
2.2. Clasificación métodos de lactancia	77
2.3. Lactancia artificial.....	78
3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA	83
3.1. Iniciativa hospital amigo de los niños (IHAN)	91
3.1.1. Criterios Globales de Evaluación de la IHAN.....	92
3.2. Metas globales 2025 de la organización mundial de la Salud .	96
3.3. Plan de Parto y Nacimiento	97
3.4. El Proyecto de Humanización de la atención perinatal en Andalucía (PHAPA)	99
4. PROPIEDADES DE LA LECHE MATERNA	107
4. 1. Tipos de leche materna	110
4.2. Beneficios de la Lactancia Materna.....	112
4.2.1. Para el bebé:	112
4.2.2. Para la madre:.....	114
4.2.3. Para la sociedad:	116
5. PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	119
5.1. En el mundo:	119
5.2. En Europa	121
5.3. En España	121
5.4. En Andalucía.....	123
5.5. En Málaga	124
6. PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA	125
7. LA LACTANCIA MATERNA Y EL ABANDONO.....	131
7. 1. Dificultades para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna	135

8. ASPECTOS ETICOS EN LA PROMOCION DE LA LACTANCIA HUMANA Y EL AMAMANTAMIENTO	139
8.1. Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche materna:	139
8.2. Los obstáculos a la aplicación, la vigilancia y control del cumplimiento	142
PARTE III	147
MARCO EMPÍRICO	147
9. JUSTIFICACIÓN	149
10. OBJETIVOS	163
10.1. OBJETIVOS FASE 1:	163
Primer Objetivo Primario:.....	163
Objetivos Secundarios	163
10.2. OBJETIVOS FASE 2:	165
Segundo Objetivo Primario.....	165
Objetivos Secundarios	165
11. MATERIAL Y MÉTODO	167
11.1. Tipo de Estudio	167
11.2. Ámbito de Estudio.....	167
11.3. Periodo de Estudio	167
11.4. Población de estudio:	167
11.5. Justificación del tamaño muestral	168
Pacientes:	168
11.6. Criterios de Inclusión	169
11.7. Criterios de Exclusión	170
11.8. Variables	171
11.8.1. Descripción y clasificación de las variables.....	171
11.8.1.1. Variables relacionadas con la madre	171

11.8.1.2. Variables relacionadas con los profesionales	174
11.9. Cronograma y plan de trabajo	181
11.10. Recogida estructurada de la información	181
11.11. Descripción de instrumentos	184
11.11.1. Escala de Hamilton:	184
11.11.2. Ficha de evaluación de la toma	189
11.11.3. Nivel de satisfacción con la ayuda recibida respecto a la lactancia materna	189
11.11.4. Competencia profesional	191
11.11.5. Técnica de Marmet	196
11.12. Procedimiento	197
11.13. Análisis de los datos	199
11.13.1. Fase 1	199
11.13.2. Fase 2	200
11.14. Aspectos Ético Legales	202
12. RESULTADOS	205
12.1. FASE 1	205
12.1.1. GRUPO DE PROFESIONALES	205
12.1.2. Criterios de Evaluación: INICIATIVA IHAN:	218
Criterio 10.2. Beneficio identificado por los profesionales. Lactancia Materna:	237
12.1.3. Análisis de Percepciones de los profesionales	253
12.1.4. Criterios de "Buenas Prácticas Profesionales" del Equipo de Enfermería :	259
12.1.5. Criterios Facultativos:	264
12.1.6. Grupo de madres	272
12.1.7. Criterios de "Buenas Prácticas" Evaluados por las madres	275
12.2. Prevalencia de Lactancia Materna	282

12.2.1. Análisis de supervivencia de la Lactancia materna Exclusiva	282
12.2.2. Análisis de supervivencia de la Lactancia materna mixta	284
12.3. Percepción de las madres:.....	286
12.4. Motivos de abandono de la Lactancia Materna Exclusiva.	289
12.5. Análisis bivariado entre la ansiedad de la madre y tipo de lactancia	293
12.6. Análisis bivariado: entre la ansiedad de la madre: características sociodemográfica y maternidad.....	295
12.7. Análisis cualitativo de la última pregunta del cuestionario de madres:.....	305
12.7.1. Recogida de datos:	307
12.7.2. Organización de los datos.....	308
12.7.3. Ejes temáticos y análisis del contenido.....	309
12.7.4. Las categorías y su clasificación	310
12.7.4.1. Categorización de las expectativas de la madre	319
12.7.4.2. Categorización de la experiencia previa de la madre	322
12.7.4.3. Categorización de potenciales barreras.....	323
12.7.4.4. Categorización de las percepciones maternas.....	328
12.7.4.5. Categorización de buena satisfacción	331
12.7.5. Líneas de mejora.....	333
13. DISCUSION.....	335
13.1. Limitaciones del estudio	389
13.2. Implicaciones para la práctica asistencial.....	391
14. CONCLUSIONES.....	393
15. PROSPECTIVA.....	397
16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	401
17. ANEXOS.....	449

ANEXO 1. Guía rápida de Lactancia Materna: Protocolo de Lactancia Materna HCS.	449
ANEXO 2.....	450
Relación de Grupos e Apoyo en Distrito Sanitario Costa del Sol..	450
ANEXO 3. Escala de Mathews.	451
ANEXO 4. Ficha de Observación de la Toma.	452
ANEXO 5.....	454
Escala de Hamilton. Evaluación de la Ansiedad.	454
ANEXO 6.....	455
Encuesta de los FEA.	455
ANEXO 7.....	461
Encuesta sobre actitudes de las madres ante la LM.	461
Principio del formulario	465
ANEXO 8.....	465
Técnica de Marmet.....	465
ANEXO 9. Dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación.....	466
ANEXO 10. "25 Razones para dar el pecho".....	467
ANEXO 11. Competencia Manejo de la Lactancia Materna.....	468

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Bases de datos	40
Tabla 2. Relación de factores abandono LM.....	52
Tabla 3. Recomendaciones con evidencia científica	62
Tabla 4. Medidas para el fomento de la lactancia materna	91

Tabla 5. "5 principales acciones de la OMS" para sus metas globales	97
Tabla 6. Resumen de los beneficios de la LM	118
Tabla 7. Variables relacionadas con la madre	171
Tabla 8. Variables relacionadas con los profesionales	174
Tabla 9. Características modelo por competencias	195
Tabla 10. Descripción sexo de los profesionales (n=117).....	207
Tabla 11. Especialidad de los FEA	209
Tabla 12. Descriptiva de los profesionales sanitarios evaluados	211
Tabla 13. Tabla evaluación de cumplimiento de CRITERIOS DE buenas prácticas profesionales (IHAN).	215
Tabla 14. Cuestionario de profesionales: pregunta sobre actividad investigadora	224
Tabla 15. Tasa de criterios comunes de cumplimientos global.	253
Tabla 16. Tabla de percepción de los profesionales sanitarios.....	254
Tabla 17. Tabla de criterios de buenas prácticas profesionales del equipo de enfermería	259
Tabla 18. Tabla de cumplimiento de criterios facultativos.....	264
Tabla 19. Tabla descriptiva de la muestra de madres del estudio. elaboración propia.	273
Tabla 20. Tabla de cumplimiento de criterios de buenas prácticas evaluados por las madres	276
Tabla 21. Tabla de regresión de cox: lactancia materna mixta.....	285

Tabla 22. Tabla de percepciones de las madres	286
Tabla 23. Relación de motivos de las madres para abandonar la Im	290
Tabla 24. Quienes recomendaron a las madres que abandonen la lactancia materna	291
Tabla 25. Análisis bivariado relación: tipo de ansiedad y lactancia	293
Tabla 26. Relación entre variables y ansiedad materna.....	295
Tabla 27. Clasificación de las categorías	312

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Composición de la leche materna	108
Ilustración 3. elaboración código de comercialización de sucedáneos.	140
Ilustración 4. código internacional de comercialización de sucedáneos	142
Ilustración 5. flujograma de profesionales que participan en el estudio. elaboración propia.	206
Ilustración 6. flujograma de madres que participan en el estudio. elaboración propia.	272
Ilustración 7. Marca de Nube: contiene términos de más de 7 letra obtenidos del filtrado de la información facilitada por más madres a través de sus respuestas, y relacionados con "Lactancia".....	307
Ilustración 8. Nodos conglomerados por similitud de codificación..	310

Ilustración 9. Tabla muestra la frecuencia de las principales palabras que utilizaron las madres.....	311
Ilustración 10. Análisis de referencias y elementos codificados. Todos ellos relacionados con percepciones y sentimientos relacionados con la LM.....	319
Ilustración 11. En este árbol de palabras como el término “artificial” contiene muchas de las expresiones verbalizadas por las madres en relación con voluntad de decisión o sentirse “mala madre”.	327
Ilustración 12. En este árbol se observa como el término “materna” contiene parte de los hallazgos obtenidos: opción o decisión de; intención para, conceptos que describen las madres en el proceso de instauración	328
Ilustración 13. Análisis de Nodos Conglomerados en relación a similitud de palabras. Coeficiente de relación de Pearson.....	332
Ilustración 14. Nodos conglomerados por similitud de palabras. ...	333

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1. Edad de los profesionales.....	208
Grafico 2. Nivel competencial de los profesionales	213
Grafico 3. Tipo de contrato del equipo de profesionales	214
Grafico 4. Profesionales formados en LM.....	219
Grafico 5. Relación de profesionales formados en LM formación interna.	220

Grafico 6. Relación de formadores LM	222
Grafico 7. Actividad investigadora relacionada con la LM.....	223
Grafico 8. Conocen iniciativa IHAN.....	225
Grafico 9. Profesionales que explican beneficios de LM	227
Grafico 10. Personal que explica las desventajas de la" LA"	228
Grafico 11. identificación de herramientas educativas en LM	229
Grafico 12. Comité y sus actividades.....	231
Grafico 13. Identificación de recursos externos en LM	233
Grafico 14. Relación de "contacto piel con piel".	235
Grafico 15. beneficio del contacto piel con piel el v&a.....	237
Grafico 16. Beneficio de contacto piel con piel: LM.....	238
Grafico 17. Dos beneficios a la vez: LM y v&a	239
Grafico 18. Profesionales que aplican medidas "no farmacológicas" para el manejo del dolor.....	240
Grafico 19. Profesionales que identificaron medidas" no farmacológicas"	242
Grafico 20. Profesionales que realizan historia de lactancia	244
Grafico 21. Profesionales que modificarían hábitos para favorecer la LM	245
Grafico 22. Calidad de la leche materna	246
Grafico 23. Beneficios leche materna	248
Grafico 24. Falsos mitos respecto a la leche materna	249
	24

Grafico 25. Beneficios de la Im	251
Grafico 26. Profesionales están de acuerdo con esta afirmación....	252
Grafico 27. Madres más informadas, están menos ansiosas	255
Grafico 28. Variabilidad en la información	256
Grafico 29. Papel de los profesionales en el proceso de instauración de la lactancia materna	258
Grafico 30. Relación de profesionales con formación en LA	260
Grafico 31. Valoración de la toma	262
Grafico 32. Profesionales que han realizado valoración de la toma	266
Grafico 33. Criterio enfermero para planificación del alta	269
Grafico 34. "Fiabilidad" del criterio enfermero	270
Grafico 35. Variabilidad de la información	271
Grafico 36. Grupos de apoyo.....	280
Grafico 37. Como conocen las madres a los grupos de apoyo a la lactancia.....	281
Grafico 38. Gráfico de función de supervivencia de la LME	282
Grafico 39. Gráfico de función de supervivencia de la LM mixta	284
Grafico 40. Madres se fueron convencidas mantener LM al alta hospitalaria.....	287
Grafico 41. Papel de los profesionales en el proceso de instauración de la LM	289
Grafico 42. Motivos de abandono de la LM	291

Grafico 43. Relación de profesionales que recomiendan a las madres abandonar la LM.....	292
Grafico 44. Nivel de ansiedad	298

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 20 años, se ha producido un desarrollo y evolución en la investigación acerca de la lactancia materna.

Se ha conseguido un gran avance y se han experimentado cambios fundamentales en la conceptualización, taxonomía, estrategias políticas y en las recomendaciones de alimentación infantil a la población general.

Destaca también el auge en la producción científica sobre cualquier aspecto relacionado con la lactancia materna en general, y sobre los programas de apoyo a la misma en particular. Es necesario examinar los niveles de evidencia disponibles para conocer la situación actual, y conducir las futuras investigaciones hacia formas de apoyo que mejoren los resultados en duración y exclusividad de la lactancia materna (García Méndez, 2010).

Entre las estrategias de promoción de la lactancia materna surge la iniciativa IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.

Los hospitales que trabajan para llevar a cabo las buenas prácticas de la Iniciativa IHAN de la OMS-UNICEF deben adoptar una normativa de lactancia que abarque desde los Diez Pasos hasta el Código de

Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, documento diseñado para ayudar a los hospitales a crear una normativa eficaz que cumpla con los requerimientos de la Iniciativa.

Entre los objetivos fundamentales se encuentran asegurar que todas las madres reciben información sobre los beneficios de la lactancia para la alimentación y crianza del recién nacido y niño pequeño sobre cualquier otro tipo de alimentación, y los riesgos potenciales de la alimentación con fórmula, para que puedan tomar una decisión informada sobre la manera de alimentar a sus hijos.

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar siempre que dispongan de una información completa y cuenten con el apoyo adecuado por parte de su familia y del sistema de salud, sin embargo tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida (World Health Organization (WHO),2002) y en España este porcentaje oscila entre 20%-30% (Galiano & Rodríguez, 2013).

Otro de los objetivos, será facilitar que el personal sanitario modifique actitudes y prácticas profesionales, cree un ambiente favorable hacia la lactancia y dispongan de los conocimientos necesarios para dar el apoyo e información que permita a las madres continuar amamantando de manera exclusiva durante 6 meses y después como parte de la dieta infantil hasta al menos los 2 años de edad. Los

profesionales sanitarios serán los principales responsables de apoyar a las madres que amamanten y ayudarlas a superar las dificultades que se les presenten.

También son objetivos fomentar la colaboración y cooperación necesarias, entre los profesionales del Hospital y entre los profesionales y los grupos de apoyo locales, que garanticen la continuidad de estos objetivos y para fomenten el desarrollo de una cultura de lactancia materna en el entorno local (Arena Ansotegui, 2003).

Se debe animar a todas las madres a tener a su hijo piel con piel lo más pronto posible tras el nacimiento en un entorno tranquilo, sin tener en cuenta el método de alimentación elegido. Debe mantenerse de manera ininterrumpida tanto tiempo como madre e hijo necesiten, como mínimo los primeros 60-90 minutos de vida o hasta que haga una toma efectiva (lo que ocurra antes).

A todas las madres se les debe ofrecer ayuda con la lactancia en las primeras 6 horas del nacimiento. Una enfermera-matrona debe informar a la madre y ayudarla si precisa en la primera toma, y deberán estar disponibles para ayudar a las madres con todas las tomas durante su estancia en el hospital.



Todos los profesionales sanitarios deberán interesarse y observar el progreso de la lactancia materna cada vez que entren en contacto con una madre que esté amamantando a su hijo. De esta forma se facilitará la identificación temprana de posibles complicaciones con vistas a que se informe adecuadamente respecto a su prevención o solución. El personal debe desaconsejar el uso de tetinas o chupetes mientras se establece la lactancia.

En el periodo postnatal se les facilitará a todas las madres la manera de ponerse en contacto con todas las personas e instituciones locales que puedan apoyar su lactancia: profesionales (pediatras, matronas, enfermeras...), consejeras de lactancia, grupos de apoyo...(González de Cosío, Escobar-Zaragoza, González-Castell, & Rivera-Dommarco, 2013a; Organization & others, 1998).

El abandono progresivo de la lactancia materna se ha considerado "una nueva enfermedad propia de los siglos XX y XXI", en la cual han influido una serie de factores de muy diversa índole. Los motivos más frecuentes del destete precoz, fue sustentado por el criterio de las madres de que era insuficiente la producción y obtención de leche (Avalos González, 2011). Todavía existe escasa evidencia relacionada con los factores asociados (Rius et al., 2014).

Sin embargo, hay ya evidencia documentada que identifica que niveles de estrés y ansiedad maternos, generados en el puerperio,

también favorecen el abandono prematuro de la lactancia materna. Un estudio de Dávila et al. (2007), concluyo que el contacto piel a piel inmediato provee beneficios tanto a la madre como al recién nacido. Se relaciona con menores rangos de ansiedad y depresión en las mamás, sobre todo a las 48 horas del parto, y facilita, del mismo modo, mayores índices de éxito en la lactancia materna inmediata y mayor satisfacción relacionada con la percepción materna sobre la experiencia del parto en sí (Dávila et al., 2007).

En nuestro trabajo hemos pretendido conocer la situación actual del tema, y conocer la influencia de la intervención Enfermera, sobre el estrés y ansiedad de la madre durante el puerperio inmediato y en la instauración de la lactancia materna.

Una de las intervenciones enfermeras más determinante en nuestra área es la "Valoración de la toma". La investigación se ha realizado en el área maternal del Hospital Costa del Sol.

El Hospital Costa del Sol está acreditado desde el año 2009 por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) y posee una cultura de promoción y protección de la lactancia materna muy arraigada.

El trabajo de investigación se estructura en tres partes: Estado de la Cuestión, Marco conceptual y Marco empírico.

En el Estado de la Cuestión se abordan los antecedentes y estado actual del tema a través del análisis de la literatura al respecto.

El marco conceptual está formado por ocho capítulos que contextualizan el tema objeto de investigación. El primero de ellos contextualiza la lactancia materna y el segundo de ellos nos habla de su evolución histórica, incluyendo la clasificación de los métodos de lactancia, y en él se habla también de la lactancia artificial. En el tercer capítulo se hace referencia a las propiedades de la lactancia materna, siendo el cuarto capítulo el que nos presenta la prevalencia de la misma desde un punto de vista más global hasta nuestro entorno más cercano.

En los siguientes capítulos revisamos desde el papel de la enfermería en la lactancia, pasando por los principales motivos de abandono de la lactancia materna.

En el capítulo número ocho hablamos de los aspectos éticos de la lactancia materna, y entre estos aspectos destacamos el "*Código de Comercialización de Sucedáneos*".

El Marco empírico, está formado por seis capítulos. En la Justificación, se argumenta la necesidad de realizar la investigación. En los siguientes capítulos se describen los Objetivos generales y específicos de este trabajo y el Material y método empleados. Posteriormente se

formulan los Resultados de la investigación para cada uno de los objetivos planteados y a continuación se realiza la Discusión de los resultados obtenidos, además en este capítulo se hace una reflexión sobre las Limitaciones que presenta la investigación y la Aplicabilidad de los resultados en la práctica asistencial. A continuación, se exponen las Conclusiones y por último se presentan las Referencias Bibliográficas utilizadas y los Anexos correspondientes.



PARTE I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



1. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

1.1. Introducción

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, manteniéndola posteriormente hasta los 2 años. Numerosos factores socioculturales y psicológicos han dado lugar a que cada vez se acorten más los plazos de la lactancia materna en favor de otros métodos de lactancia que se amoldan más al estilo de vida y horario de la mujer del siglo XXI. Con la llegada de las fórmulas lácteas para la alimentación del RN y su auge a mediados de los años 60 del siglo pasado, surge una preocupación por parte de las Sociedades defensoras de la LM ante el abandono de la misma, que dan lugar a numerosas estrategias a nivel nacional e internacional llegando a considerar una prioridad digna de incluir dentro de los objetivos de salud pública mundial (Kramer & Kakuma, 2002).

La OMS asegura que existen tres claves para el éxito de la LM exclusiva: empoderar a las madres con información práctica sobre la lactancia, apoyos familiares a las mujeres que valoren esta fase vital con la importancia requerida y un sistema de atención que facilite a las madres la conciliación de esta práctica con la vida laboral (García & others, 2016; Gorrita, Terrazas, Brito, & Ravelo, 2015).

Las madres pueden presentar problemas, como congestión mamaria, dificultad para saber la cantidad de leche que el bebé está tomando, así como dolor en los pezones. Además, pueden sentirse ansiosas, tensas y confundidas, y la falta de experiencia o apoyo, y el miedo o la vergüenza a pedir ayuda, les juega, en ocasiones, una mala pasada en una actividad tan natural. Estos problemas deben ser manejados convenientemente con la orientación de los profesionales de salud. Que de no ser así podrían ser un factor determinante en el abandono de la misma (Gorrita, 2014; Gorrita et al., 2015).

Aquí se definió el punto de partida para nuestro trabajo, y por ello consideramos oportuno dar el primer paso y realizar una revisión analítica de la literatura para poder obtener una fotografía de cuál es la situación actual de este tema. Poder documentar, entre otros aspectos, si existen realmente en nuestras madres niveles de vulnerabilidad al estrés y a la ansiedad, en el proceso de puerperio inmediato y su relación con el éxito de la lactancia materna.

1.2. ¿Existe evidencia relacionada con la lactancia materna?

Una vez identificados estos niveles, otra de nuestras inquietudes fue conocer si la bibliografía recogía factores causales que provocan el estrés y ansiedad en relación con el proceso de instauración de la

lactancia, si los profesionales sanitarios tienen algún papel identificado en todo este proceso, y relacionado con estos factores causales como poder conocer las actitudes de los profesionales sobre la lactancia materna.

Por ello nuestro planteamiento inicial fue realizar un análisis y revisión de los estudios publicados a nivel nacional e internacional sobre Lactancia Materna. Pretendimos identificar evidencias relacionadas con:

- Evidencias sobre la existencia de: "Presión o ciertas actitudes que a las madres les generan "ansiedad y estrés" por parte de los profesionales sanitarios."
- Evidencias sobre los beneficios de las intervenciones pre y postnatales profesionales de apoyo a la lactancia materna, en el momento del parto en la unidad de hospitalización, para poder así responder a las necesidades existentes y crear estrategias profesionales para la promoción, la protección y el apoyo de la lactancia materna exclusiva.

Entre los artículos seleccionados nos encontramos los señalados en la siguiente tabla.

TABLA 1. BASES DE DATOS

Bases de datos	Artículos seleccionados
PubMed:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. 2. The Effects of Single-Family Rooms on Parenting Behaviour and Maternal Psychological Factors. 3. Immediate breastfeeding and skin-to-skin contact during caesarean section decreases maternal oxidative stress, a prospective randomized case-controlled study. 4. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes - design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. 5. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: a systematic review. 6. Association between support from a health professional and breastfeeding knowledge and practices among obese women: evidence from the Infant Practices Study II.
Cuiden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidad puerperal: compromiso para fomentar la lactancia materna a pie de cama. 2. Enfermería a pie de cama: manantial de humanidad y salud. 3. Importancia del contacto precoz piel con piel en el recién nacido sano durante el trabajo de parto. 4. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno [Construcción y validación de manual educativo para la promoción de la lactancia materna]. 5. Escuchando a las mamás. Preocupaciones en el puerperio de una madre primeriza. 6. Desarrollo de una guía de lactancia materna entre profesionales de atención hospitalaria y primaria, como elemento de continuidad asistencial y buena práctica clínica. 7. "Claves para una Lactancia Materna Exitosa". Experiencias de como acercar la evidencia científica a un grupo de madres.
SCIELO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención educativa sobre lactancia materna. 2. Encuesta sobre las actitudes de los profesionales ante la lactancia materna. 3. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. 4. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. 5. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva.
LILACS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério / Breastfeeding: guidance received in prenatal care, delivery and postpartum care. 2. Práticas de apoio das avós à amamentação: revisão integrativa / Breastfeeding support provided by grandmothers: an integrative review 3. La lactancia materna como un fenómeno singular y Sociocultural surcado por diferencias y tensiones / Breastfeeding as a singular and sociocultural phenomenon marked by differences and tensions. 4. Estratégias utilizadas por enfermeiros na promoção do aleitamento materno no puerpério imediato / Estrategias utilizadas por enfermeras en la promoción de la lactancia materna en puerperio inmediato / Strategies used by nurses in the promotion of breastfeeding in immediate puerperium. 5. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato / Nursing diagnoses related to breastfeeding in the immediate postpartum period.

	6. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas: resultados e discussão / The risks of early weaning according to the mothers who just given birth: results and discussion.
Cochrane Plus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. 2. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies 3. Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. 4. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. 5. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration.
JBI connect+:	<ul style="list-style-type: none"> - 24 resúmenes de evidencia: - Lactancia Artificial: Preparación - Lactancia Artificial: Técnica - Lactancia materna y transmisión del VIH - Lactancia materna
Guías Práctica Clínica (GPC)	<p>GUIA SALUD: G. (2014). De práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.</p> <p>NGC: World Health Organization (WHO). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2013 Oct. 62 p. [120 references].</p> <p>NICE: QS37 - Postnatal care: Wigan Breastfeeding Network peer support service; Maternal and child nutrition</p> <p>Canadian Institute of Child Health (1996). National breastfeeding guidelines for health care providers. Ottawa: Canadian Institute of Child Health.</p> <p>Canadian Pediatric Society (2005). Revised Recommendations for Breastfed Infants, Ottawa, Ontario: Health Canada and Canadian Pediatric Society.</p>
Organizaciones Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - AWHONN, asociación de enfermeras de Salud de la Mujer, Neonatología y Obstetricia (Association of Women, s Health, Obstetric and Neonatal Nurses): Lactancia Materna. Guía de buenas prácticas en enfermería. - (Sénat et al., 2016) Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF) Sénat, Marie-Victoire et al. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, Volume 202, 1 – 8. - Association of Women, s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2000). Evidence based clinical Practice Guideline – Breastfeeding Support: Prenatal Care through the first year. Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (on line). Available: www.awhonn.org. - World Health Organization (1998). Child Health and development – Evidence for ten steps to successful breastfeeding. Geneva: Family and reproductive Health Division of Child Health and Development – World Health Organization.

Fuente. Búsqueda Evidencia científica Bases de datos. Elaboración propia: AGREE II para lectura crítica para GPC; CASPE para resto de documentos.

2. PRINCIPALES HALLAZGOS HASTA EL MOMENTO

2.1. Factores asociados a la madre

Algunos estudios han descrito varios factores asociados con la intención de amamantar (Romero, 2015).

2.1.1. Factores Asociados con la Intención de amamantar

Intención de amamantar u bien, ofrecer Lactancia materna Exclusiva (LME) es el grado de disposición psicológica de la madre para realizar o no realizar lactancia materna exclusiva a sus bebés hasta los seis meses.

- Los factores asociados con la intención de amamantar permitirán tomar las decisiones de atención de salud para planificar y evaluar las intervenciones apropiadas para mejorar la iniciación de la lactancia y la duración.
- la actitud hacia la lactancia materna se refiere al nivel de las creencias positivas o negativas de la madre con respecto a la lactancia materna exclusiva y la evaluación de los resultados de estas creencias.

Respecto a la intención de otorgar lactancia materna exclusiva es el grado de disposición psicológica de la madre para realizar o no

realizar lactancia materna exclusiva a sus bebés hasta los seis meses (Khatun, Punthmatharith, Orapiriyakul, & others, 2014).

Según el estudio realizado por Tarrant et al. (2010) indicó que la intención de otorgar lactancia materna es "un predictor significativo de la iniciación de la lactancia y la lactancia materna a las seis semanas entre las mujeres irlandesas" (Tarrant, Younger, Sheridan-Pereira, White, & Kearney, 2010).

La Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), en su guía de buenas prácticas de Enfermería: Lactancia Materna, recoge que: "Los factores predictores de la intención de amamantar incluyen las creencias de las mujeres sobre los resultados de la lactancia materna y las creencias y actitudes hacia la lactancia materna y artificial". (RNAO, 2003).

2.2. Factores Actitudinales

Son elementos que involucran el grado de valor positivo o negativo colocado en la lactancia materna. Tienen una parte afectiva, cognitiva y conductual.

La dimensión de estos factores identifica desde:

- factores sociodemográficos: Grupo étnico.; Instrucción; Estado civil actual; Situación económica; Ocupación; Paridad;

Experiencia anterior; Calidad de experiencia anterior; Tipo de parto

- actitudes de la madre como su parte afectiva, cognitiva e incluso conductual.

2.3. Más factores Determinantes en la Lactancia Materna

Es destacable que los factores que afectan las tasas de lactancia materna no solo son numerosos y complejos, sino que también actúan de forma distinta en diferentes situaciones.

Estos factores incluyen:

- Nivel de educación de la madre
- Edad materna
- El ingreso del hogar familiar
- Número de hijos
- El conocimiento de las madres sobre los beneficios de la LM
- La experiencia previa en lactancia
- La actitud hacia la LM

- La red de apoyo social de la madre: (red de apoyo cercana a los padres y su influencia en el proceso de alimentación al seno materno).

2.4. Factores Psicosociales: estrés y ansiedad

Existe una influencia de 4 principales fuentes de información para la madre:

- 1) Logros durante la práctica de la lactancia materna previa (por ejemplo: amamantamiento de hijos mayores),
- 2) experiencias indirectas (como observar a otras mujeres que dan de lactar),
- 3) persuasión verbal (ánimo proveniente de terceras personas, como familiares, amigos, entre otros.)
- 4) respuestas fisiológicas: *fatiga, estrés y ansiedad.*

Están bien establecidos los efectos de la ansiedad materna y el estrés para la gestante y el futuro bebé. Se conocen las modificaciones en la circulación placentaria específicamente, el flujo de la arteria uterina y los niveles de cortisol maternos, y cómo se producen cambios estructurales sutiles en el control del sistema neurobiológico del feto. Se ha establecido una relación estrecha entre el estrés y la

producción de parto pretérmino y el bajo peso al nacer (Conejo, 2008).

El estrés mantenido durante el primer trimestre del embarazo ha sido relacionado con defectos de la cresta neural, y específicamente, con el labio leporino.

La ansiedad materna está relacionada con defectos conductuales del niño, carácter difícil, inadaptabilidad, hiperactividad, déficit de atención del desarrollo cognitivo, y se han evidenciado en esos casos elevados niveles de cortisol materno en saliva. Se han identificado ya desde la semana 19 del embarazo, cambios en la densidad de la materia gris fetal, que se han relacionado con los niveles de ansiedad materna.

Paralelamente, el estado psíquico de la gestante, también es un factor desencadenante de muchas alteraciones neurológicas y psicológicas del futuro hijo, y pueden relacionarse con su alimentación, incluido el proceso de lactancia.

Una embarazada, insatisfecha con su posición social, situación de pareja, o emocionalmente inestable, adopta actitudes con manifestaciones, incluso físicas, de rechazo a su embarazo.

A su vez, los efectos de ansiedad, perturbación emocional y tristeza crónica durante el embarazo, se relacionan altamente con la

hiperactividad, irritabilidad, llanto y dificultades para la alimentación y sueño en los lactantes. Madres con hijos propensos a los cólicos, estuvieron más tensas y ansiosas durante sus embarazos. De todo esto se deduce que, la actitud de rechazo al embarazo, parece ser el aspecto central que afectará la calidad de la interacción madre-hijo, obstaculizando en gran medida la disposición psicológica para amamantar (Durán , Villegas , Sobrado, & Almanza, 1999).

Parece entonces que por lo visto se implica también el estado emocional, ya que las situaciones de estrés, inquietud, depresión después del parto, entre otras más, reducen a nivel fisiológico la producción de la leche. Sobre esta situación se dice que los estados de ánimo negativos como los nombrados anteriormente, privan la secreción de oxitocina, sustancia fundamental para la producción y eyección de leche materna, es por eso que la madre debe aprender que actitudes tomar a nivel de las emociones para tener un buena obtención y eyección de leche (de Pediatría, 2008; Macías, Rodríguez, & Ronayne de Ferrer, 2006).

En estudios de investigación previos al aplicar a las madres el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, se obtuvo que la ansiedad como estado alcanzó un nivel alto en el 22,2 % de las madres y de ellas el 75 % abandonó la lactancia materna.

Teniendo en cuenta que el autor identifica “La ansiedad materna” como la preocupación excesiva de la madre por que el lactante o recién nacido no quede satisfecho con el seno materno producto de una mala información en la madre (León, Dáttoly, Flores, Amieva, & Ibáñez, 2014).

Al investigar la ansiedad como rasgo se halló que el 13,9 % de las madres tenían un nivel alto y el 60 % de ellas abandonó la lactancia. (Durán et al., 1999).

2.5. Otros aspectos directamente relacionados con la generación de ansiedad y estrés son:

1. Idealización de la LM;
2. Incertidumbre ante las dificultades;
3. Deseo de privacidad durante las tomas;
4. Impacto en la vida del núcleo familiar: desorganización y modificación del rol de la mujer;
5. La llegada de un nuevo integrante: el éxito de la instauración de la lactancia depende del Recién Nacido.

2.6. Factores que Favorecen la Instauration de la Lactancia Materna

- La edad materna, a mayor edad más tiempo de instauración
- La terminación del parto (63% vía vaginal y 27% cesáreas) afectó la duración de la lactancia exclusiva,
- Cuanto más precoz se inició la alimentación a seno materno mayor fue la duración de lactancia exclusiva
- La información sobre alimentación natural recibida por la madre en el control prenatal y en la internación posparto, sirvió en el 48% y el 40% respectivamente para extender la lactancia exclusiva hasta el 6º mes, en cambio durante el control del niño sano no se estimuló el pecho materno probablemente porque no se cumplió con el calendario de visitas médicas periódicas.
- Desde el equipo de salud, el médico fue el que proporcionó información sobre lactancia al 42% de las madres, logrando que el 54% de ellas alcanzara pecho exclusivo hasta el 6º mes. El 20% recibió información del personal de enfermería, que estimuló que el 34% de las madres mantuviera el pecho hasta el 6º mes.
- Contacto piel con piel: favorece la lactancia, permite el desarrollo humoral, neuromotor, potencia la ganancia de peso,

fortalece el vínculo afectivo y brinda seguridad al neonato: *"Efecto del contacto piel a piel inmediato sobre los niveles de ansiedad y depresión materna a las 24 y 48 horas posparto; así como sobre la adaptación neonatal hacia la lactancia materna inmediata y sobre los niveles de satisfacción materna sobre el parto en sí."*

- Nacimientos múltiples
- Existen numerosos factores (de protección) que influyen en el inicio y mantenimiento de la LM. Esto son: la edad, estar casada, la experiencia previa en lactancia, el nivel de educación, el hecho de haber tomado una decisión sólida previamente al parto, la educación materna sobre los beneficios de la LM y el ambiente favorable hospitalario y posteriormente en el entorno materno realizar el contacto precoz piel con piel en el nacimiento, el inicio temprano de la LM, la adquisición correcta de posturas así como el amamantamiento continuo y la estimulación de los pechos para la expulsión manual de leche.
- La participación del padre, incorporando la importancia del acompañamiento de la figura masculina en el tiempo de lactancia; En algunos países como España, se ha identificado, un permiso de paternidad remunerado periodo determinado.

- La información y la educación son variables importantes, tanto enseñar a la madre cómo se da el pecho, como haberla informado sobre la lactancia materna en el hospital, favorecen el inicio y el seguimiento de la lactancia materna; así como informar de la existencia de grupos de apoyo. Por lo que la motivación para la lactancia en una etapa temprana del embarazo y la suficiente información y apoyo por parte del personal sanitario son necesarias. La información dada por los familiares fue poco convincente y no estimuló la lactancia.

"Tras la realización de estudios estadísticos multivariantes, se ha concluido que la decisión por parte de las madres de lactar al pecho o artificialmente a sus hijos es un fenómeno multifactorial, y aunque se han identificado factores como los que estamos detallando, que facilitan o dificultan la LM en nuestro entorno, los autores reconocen que la decisión de introducir LM o LA es muy compleja y requiere de un mejor conocimiento" (Belintxon-Martín, Zaragüeta, Adrián, & López-Dicastillo, 2011).



2.7. Factores que favorecen el abandono de la LM

TABLA 2. RELACIÓN DE FACTORES ABANDONO LM

1. A nivel individual:	2. A nivel comunitario y de relaciones:	3. A nivel social y cultural:
- Intención materna de amamantar poco tiempo. -Decisión tardía de amamantar. -Actitud negativa hacia la lactancia. -Experiencia anterior negativa o inexistente. -Baja percepción de autoeficacia para la lactancia materna. * -Madres jóvenes. -No estar casada. -Bajo nivel educativo y/o de ingresos. - Retraso en el inicio de la producción láctea. -Percepción materna de leche insuficiente. -Uso de suplementos de leche artificial. -. Técnica de succión incorrecta. -Problemas de salud del niño. -Problemas de lactancia y bajo grado de satisfacción materna con la lactancia.	-Falta de formación y habilidades específicas de los profesionales de la salud. -Prácticas hospitalarias que dificultan la lactancia. -Pocos recursos de apoyo. -Falta de apoyo a las personas del entorno. -Dificultades al volver al trabajo remunerado. -Baja prioridad de la lactancia en las políticas públicas. -Falta de políticas de protección, promoción y apoyo. -Falta de legislación afín al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.	-Creencias culturales que afectan negativamente a la lactancia. -"Cultura del biberón". -Procesos de aculturación. -Se desaprueba la lactancia en público. -Estilos de vida que dificultan la lactan

Tabla 1. Elaboración propia. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna.

*La Dra. Cindy-Lee Dennis, de la Universidad de Toronto, basándose en los postulados del psicólogo Albert Bandura , planteo la **teoría de la autoeficacia** de la lactancia materna, la cual hace énfasis en la confianza de la madre en su habilidad para amamantar a su niño y puede predecir si una madre elige si dar lactancia materna o no, cuánto esfuerzo dedicará a esto, si tendrá auto motivación o se sentirá derrotada durante la práctica de la lactancia materna y cómo responderá emocionalmente a las dificultades de la Lactancia.

- Malformaciones congénitas
- Labio/paladar alterado
- Dolor: Es necesario informar a las madres sobre fenómenos como el dolor que se genera en el pezón con una mala técnica de alimentación, dichos sucesos ocurren de manera frecuente durante el periodo de lactancia cuando una madre no sabe

cómo alimentar a su producto, esto llevará inevitablemente a la lactancia hacia el fracaso, de igual manera la presencia de personal que se encargue de informar a la madre es determinante para el éxito de la misma.

- También se comenta que existen múltiples factores que obstaculizan la lactancia como son: La poca información que la madre tiene sobre lactancia materna, reflujo gastroesofágico, el dolor que la madre presenta al momento de amamantar con mala técnica, el desinterés del personal de salud en educación a la madre, el poco tiempo que la madre le dedique a el recién nacido, el grado de estudios materno, el nivel socioeconómico, la edad materna, el número de hijos, la vía de nacimiento así como, las enfermedades maternas, la higiene materna y la técnica de alimentación inadecuada son los principales factores que interfieren con el desarrollo de la lactancia materna.
- la "falta de conocimiento" como unos de los principales factores que contribuyen al abandono de dicha actividad, otros factores relacionados son la edad materna, la escolaridad, el nivel socioeconómico, así como la falta de interés del personal de salud.

En este contexto Salazar K, Schwarts J, Pontiles M, en su artículo publicado en el año 2008 que explora las causas del abandono de la

lactancia materna pretendieron identificar estas causas de abandono (Salazar, Schwartz, Pontiles, & Guevara, 2008), y los resultados obtenidos fueron:

- El 100% de las madres abandonó la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses posparto;
- 79% la sustituyó con fórmulas lácteas de inicio y otros alimentos; 90% de las madres desconocía que la leche materna se adapta a las necesidades del lactante;
- 80% consideró que no protegía contra enfermedades;
- 79% que no otorgaba los nutrientes requeridos;
- 60% sostuvo que el lactante no logra saciarse con la leche materna y 51% abandonó la LME por hipogalactia. (*)

Del total de madres: 46% refirió ansiedad y 37% estrés.

() Es interesante observar que el abandono de la lactancia se produce a pesar de que la LM haya comenzado sin problemas, y que por lo tanto no existe hipogalactia verdadera o negación de la madre a amamantar, que, de ser así, posiblemente esta, no se hubiera iniciado (Belintxon-Martín et al., 2011).*

- El abandono del amamantamiento exclusivo constatado en el 42% de madres incluyó las siguientes causas: trabajo materno

42%, poca producción de leche 35%, rechazo del bebé al pecho 12%, patología del lactante 7% y mala preparación de los pezones 4% (González, Huespe, & Auchter, 2008).

- Las dudas no resueltas, las ansias, el temor de no hacerlo bien y la falta de orientación en el proceso de aprendizaje, deterioran el vínculo materno-neonatal y comprometen la decisión tomada por la madre respecto de si debe alimentar exclusivamente su hijo con leche materna; la incertidumbre ante "que hacer" puede orillar a la madre a tomar la decisión contraria.
- Prematuridad, el niño suele requerir cuidados rigurosos, se encuentra separado de sus padres: bajo peso o necesidad de soporte ventilatorio: impiden la lactancia directa mientras se resuelven las complicaciones.
- Al analizar el abandono de la lactancia materna por grupos de edades, hallamos que el hecho fue más frecuente en edades extremas, o sea en las menores de 20 y las de 35 años y más, en resultados relacionados con el grado de escolaridad de la madre se observa que, a mayor nivel escolar, menor porcentaje de abandono de la lactancia materna. Al analizar la escolaridad de los padres los resultados fueron muy similares a los de las madres. Al analizar la ocupación de la madre se observó que

entre las estudiantes el porcentaje de abandono alcanzó el 66,7 % mientras que el resto de las categorías ocupacionales estuvo entre 36 y 38 %, a excepción de las amas de casa cuyo porcentaje de abandono fue del 41,5 %.

- No es lógico que en las amas de casa el abandono sea superior al de las trabajadoras cuando se supone que este grupo de madres tiene posibilidades de brindar lactancia materna a sus hijos. El estado conyugal también fue investigado en relación con el abandono de la lactancia materna y se halló que, en las madres con una unión estable, ya fueran casadas o no, el porcentaje de abandono de la lactancia era menor que en las madres solteras. En múltiples estadística el 68,8 % de las madres que disfrutaban de apoyo familiar no abandonaron la lactancia materna, mientras que las que no lo recibían, sólo lograron mantener la lactancia el 31,2 %, lo que muestra una diferencia significativa.
- Aunque los resultados estadísticos no son significativos se demostró que el porcentaje de abandono de la lactancia materna era mayor cuando la madre llevaba una vida sexual más activa.
- Otros factores se vinculan a la pérdida de tradiciones, a la desvalorización de la práctica de la lactancia materna y de la

crianza de los niños y al no reconocimiento de esta como estrategia para alcanzar la seguridad alimentaria (León et al., 2014).

- Destacar que la prevalencia de la LM durante la permanencia en el hospital es alta y elevada. Entre el segundo y tercer mes de vida se produce el mayor número de abandonos, para luego volver a disminuir a partir del sexto mes (Niño, Silva, & Atalah, 2012).

2.8. Complicaciones del abandono de la LM

Entre las principales complicaciones que repercuten en el abandono de la lactancia materna precoz **para el niño:**

- Corto plazo: Peor adaptación gastrointestinal; predisposición a las alergias alimentarias; mayor incidencia y duración de procesos infecciosos; mayores tasas; Hospitalización.
- Largo plazo: dificultades digestivas o de alimentación, peor desarrollo neurológico, mayor riesgo de obesidad, mayor riesgo de enfermedades alérgicas, peor vínculo afectivo.

Para la madre:

- Corto plazo: peor involución uterina, peor recuperación del peso preconcepcional.
- Largo plazo: mayor riesgo de cáncer mama, aumento de riesgo de Diabetes tipo II.

2.9. Actitudes y papel de los profesionales de la sanidad en la LM

A lo largo de mi búsqueda, he conseguido documentar a grandes rasgos, que en la actualidad sólo existe una postura de los profesionales sanitarios respecto a la lactancia materna, y es que ésta es el método óptimo para la alimentación de los bebés hasta al menos los seis primeros meses de edad, de forma exclusiva o al menos, predominante.

Lo que sí existe, aunque se percibe su progresiva disminución, es una variedad de protocolos o, incluso, una ausencia de los mismos que devienen una diversidad de actitudes, recomendaciones o ausencia de las mismas, lagunas o incorrecciones en la información, etcétera del personal sanitario, las cuales parecen en ocasiones repercutir negativamente sobre la práctica y prevalencia de la lactancia

materna, según se desprende de diferentes estudios realizados al respecto.

A pesar de ello, y a la vista de varias investigaciones, es posible afirmar que en España el nivel actual de concienciación y compromiso con las directrices de Naciones Unidas es bastante alto y vive una progresión creciente entre el personal sanitario.

El papel de los profesionales sanitarios resulta fundamental en la promoción de la lactancia materna.

Tanto es así que, como hemos visto en el apartado anterior, UNICEF y la OMS (en sus Diez pasos para la lactancia materna con éxito) convierte a "todo el personal de atención de la salud" en transmisor de sus directrices sobre lactancia materna, para que éstas lleguen hasta todas las embarazadas y todas las madres recién paridas de cada uno de los países miembro.

En su muy reciente "Encuesta sobre las actitudes de los profesionales ante la lactancia materna" (Sánchez-Erce, Traver, & Galbe, 2012) hace referencia a cómo "la mayor parte de estas medidas [se refiere a las recomendaciones de la IHAN] requieren para su implantación unas actitudes favorables por parte de los profesionales, ya que no siempre precisan de medios o utillajes complejos, por lo que su

puesta en marcha en hospitales y centros de salud es más una cuestión de motivación que de medios costosos”.

El papel de los profesionales sanitarios se considera por tanto crítico en lo que a la lactancia materna se refiere.

Aguayo, Josefa (2005:64) Destacaba en su estudio cómo parte de las razones que apartaban a las mujeres de la lactancia natural eran consecuencia de una mala actuación sanitaria.

Por su parte, Valbuena, Luís et al (2005:3) explican cómo algunos de los factores favorecedores y desfavorecedores de la decisión de ofrecer lactancia materna y de conseguir mantenerla y prolongarla eran “modificables desde el sistema sanitario”, entre ellos “la educación maternal prenatal, los aspectos hospitalarios relacionados con el parto y puerperio precoz, el acceso a la Atención Primaria y el seguimiento a través de sus consultas”.



3. SITUACION ACTUAL Y PROBLEMAS PENDIENTES

La percepción desde dentro del sistema sanitario por parte de aquéllos que se encuentran más comprometidos con la lactancia materna es que todavía es mejorable, aunque no se caracteriza negativamente, como se hacía en el informe de la IHAN de 2004.

La encuesta de Sánchez Erce M. et al. (2012), realizada recientemente entre profesionales sanitarios (70% pediatras, 11% matronas, 8% médicos de familia y enfermeras y 4% otros) revela que el 76% de los encuestados había recibido algún tipo de formación sobre lactancia natural y en el 34% su centro había organizado alguna actividad formativa sobre amamantamiento en los últimos tres años. El 63% conocía la IHAN. (Lázaro Melero & others, 2015).

Y se pudo evidenciar que alrededor de la mitad seguía las pautas de UNICEF. Otro ejemplo: los autores del estudio valoraron negativamente en la primera visita al recién nacido se hiciera tarde, "ya que tan solo el 29% de las RE refiere aconsejar la visita antes de los siete días de vida".

Es conocido que la primera visita realizada antes de los siete días permite mejorar las cifras de lactancia materna y mejores resultados si se produce un fracaso de la misma con deshidratación".

La mayoría de los encuestados afirmaba conocer grupos de apoyo (el 57,6% respondió afirmativamente y en un 6,6% de los casos estaba en su propio centro de salud). (Lázaro Melero & others, 2015).

"Si una madre que desea amamantar se enfrenta con problemas (grietas, mastitis, et.) y los profesionales médicos son un muro (...), es normal que vea la lactancia como una esclavitud y no como una experiencia positiva y maravillosa" (Nieto del Mármol, 2012).

3.1 Recomendaciones para reducir las causas del abandono.

- Por parte de los profesionales

TABLA 3. RECOMENDACIONES CON EVIDENCIA CIENTÍFICA

RECOMENDACIONES CON EVIDENCIA	Nivel Evidencia/ Grado Recomendación	Referencia Bibliográfica
Vencer el vacío que los profesionales sanitarios tienen respecto a la Responsabilidad Sanitaria	E	(Sesma, Villacastillo, & Fleta, 2009a)
El personal de los centros sanitarios adapta y cumple la Iniciativa IHAN, lanzada conjuntamente en 1992 por la OMS y UNICEF. La IHAN indica a los centros de asistencia sanitaria los "10 pasos para una lactancia feliz".	III	(RNAO, 2003)
Realizar una valoración adecuada de los factores de riesgo asociados de forma individual, y adaptadas culturalmente enfocadas hacia la LM. EJ: enfermeras que trabajen con adolescentes.	III	(Canadian Pediatric Society – CPS 2010)
La educación prenatal sobre la Lactancia materna, es un componente esencial de apoyo a la lactancia, especialmente en las mujeres que no tienen experiencias previas.	III	(RNAO, 2003); (Canadian Pediatric Society – CPS 2010)

Formación obligatoria según estándares de OMS/ UNICEF, formación de al menos 18 horas teórica con 8 horas práctica, que debe incorporar al menos 8 de los 10 pasos del Código de la IHAN /OMS.	III	(RNAO, 2003); (Cochrane (último), s. f.)
Acompañar a la formación teórica con un cambio de actitudes sobre la lactancia.: fundamental revisar las actitudes y abordarlas, así como valores y creencias del personal. Fomentar la denominada “practica reflexiva” *.	III	(College of nurses of Ontario, 2009, pag 10). (RNAO, 2003);
Mejorar las habilidades de comunicación, ayudando a las madres a tomar decisiones informadas. Orientándolas y asesorándolas. El papel del profesional no es convencer, si educar e informar. Asesorar en todo lo que la familia nos demande.	D	(Lasarte Velillas & Hernández Aguilar, 2009) (Mogollón Torres, 2013)
Es necesario poder determinar el deseo y motivación de la madre para dar de mamar. La Consejería.	B	(Lasarte Velillas & Hernández Aguilar, 2009) (AEPED, s. f.)
Las instituciones, grupos o personas involucradas en la transmisión de conocimientos sobre la lactancia materna, deben priorizar la atención hacia las embarazadas más jóvenes, sin descuidar las de mayor edad y profundizar en los temas relacionados con la técnica de extracción manual de la leche, su conservación, como tener suficiente leche y las mejores posiciones para lactar.	D	(Estrada Rodríguez, Amargós Ramírez, Reyes Domínguez, & Guevara Basulto, 2010).
Generar intervenciones que aumenten la auto eficacia de las madres reduciendo los niveles de dependencia.	D	(Quiroz, Vélez, Barrantes, Taxa, & Gajardo, 2013).
Las madres buscan y necesitan profesionales tanto con un apoyo práctico como que ofrezcan un apoyo emocional: buscan que los profesionales no las juzguen, empatía y aceptación; profesionales alentadores y accesibles.	D	(RNAO, 2003); (Conejo, 2008)

Fomentar el Contacto piel con piel contacto piel a piel inmediato provee beneficios tanto a la madre como al recién nacido. Se relaciona con menores rangos de ansiedad y depresión en las mamás, sobre todo a las 48 horas del parto, y facilita, del mismo modo, mayores índices de éxito en la lactancia materna inmediata y mayor satisfacción relacionada con la percepción materna sobre la experiencia del parto en sí. El contacto piel a piel inmediato, así como los programas de madre canguro han reflejado diversos beneficios, tanto para el recién nacido como para la madre	II	(Dávila et al., 2007b) (AEPED, s. f.)
Apoyar el amamantamiento en consultas a demanda y controles de salud. Consejos anticipatorios en los controles de salud incrementan la confianza de la madre lactante y disminuye su ansiedad.	1 - A	(AEPED, s. f.).
La sensibilidad y disponibilidad del personal de salud, inclusive el respeto que este tenga hacia la dignidad e intimidad de la mujer contribuirá a reducir aspectos relacionados con la inseguridad, miedo y ansiedad	D	(Sesma et al., 2009a)
Ante la prevalencia baja de tener la intención de la lactancia materna exclusiva, se encontró la necesidad de una intervención temprana, en especial durante la atención prenatal e inmediato período post-parto.	III	(Sayay & Carlos, 2016) (Rius et al., 2014).
Incorporar al padre en el proceso.	D	(Estrada Rodríguez et al., 2010) .

Fuente. Recomendaciones con Evidencia Científica. Elaboración Propia.

*se basa en el concepto de que “pensar de manera sistemática y crítica sobre la práctica, le permite identificar las áreas que debe trabajar para seguir siendo competente en un entorno de cuidados sanitarios cambiantes” (College of nurses of Ontario, 2009, pág. 10).

3.2. Otras Recomendaciones a tener en cuenta:

- Promocionar las dificultades de la LM, su duración y cómo enfrentarse a ellas. Esto podrá ayudar a aumentar su auto eficacia percibida. (*Recomendación D*), (Belintxon-Martín et al., 2011)
- Promover el uso de métodos no farmacológicos para el tratamiento del dolor. (*Nivel de Evidencia II*), (Albo, 2006).

- Promover el estricto cumplimiento de la normativa sobre publicidad de sucedáneos de LM en AP ((Sánchez-Erce et al., 2012), (*Nivel de Evidencia III*)).
- Incorporar al padre en el proceso: se hace necesario que la familia entienda que la lactancia natural no es responsabilidad sola de la madre, el padre debe darle apoyo, comprensión y estímulo para lograr que la lactancia sea exclusiva al menos hasta el cuarto mes de nacido el niño, lo cual favorecerá un adecuado crecimiento y desarrollo ya que contiene los nutrientes ideales para él, propicia defensas contra enfermedades, es la vacuna que el niño recibe de su propia madre; brinda cariño, protección, confianza y seguridad al bebé al estar en contacto directo con su madre. (*Recomendación D*), (Estrada Rodríguez et al., 2010) .
- Explicarles la lactancia materna alarga la infertilidad después del parto porque inhibe la ovulación y la menstruación cuando se administra de forma exclusiva; facilita la involución uterina al aumentar el tono uterino, disminuye o previene la aparición de cáncer de mamas respecto a las que no lactan, y mejora el estado emocional de la madre (*Nivel de Evidencia I*).



3.3. Principales problemas pendientes

1. Parece probable que la mayor parte de las causas de abandono de la lactancia exclusiva citadas puedan ser disminuidas mediante acciones coordinadas entre el equipo de salud, la mujer y su familia durante el embarazo, el parto y el puerperio, aprovechando todas aquellas instancias de contacto y seguimiento.

A mayor nivel de instrucción materna mayor compromiso con la lactancia exclusiva como medio para un saludable crecimiento y desarrollo del niño y satisfacción de la madre en el cumplimiento de su rol maternal, familiar y social (González et al., 2008a) .

2. En España existen programas multidisciplinares para la preparación al nacimiento. Por ejemplo, en el caso de Cataluña, el programa va dirigido a favorecer de manera integral el desarrollo de tres dimensiones fundamentales en las madres y sus parejas. Éstas son:

Las actitudes y emociones relacionadas con cada fase del proceso de nacimiento.

Los aspectos comportamentales que permiten afrontar de manera competente el proceso del embarazo, parto y posparto.

El conocimiento del proceso del nacimiento y las implicaciones en sus diferentes etapas.

- En un estudio realizado en Málaga España por Morales Gil I.M, se demuestra como con la implementación de la Taxonomía de NANDA, Nursing Interventions Classification (NIC), y Nursing Outcomes Classification (NOC), herramientas basadas en el conocimiento de enfermería, mejora la incidencia y la prevalencia de la LM y en donde identifican a los profesionales de enfermería como principales fuentes de información. En este mismo estudio se encontró que las mujeres con estudios universitarios presentan mejor situación con relación a la lactancia materna que las que no los tienen (Morales-Gil, 2006).

3. Si bien es cierto, y siendo honesta con mi trabajo de revisión bibliográfica, otro autor como Rocha AM, Oliveira R, Leal I., concluyen en el año 2013 tras realizar una revisión teórica y empírica, que, aunque la revisión de la literatura hasta el momento nos indicaba o referiría una asociación positiva entre la LM y diferentes aspectos de salud en el desarrollo infantil, ellos no pueden afirmar esta cuestión. Concretamente Filteau se pregunta si se mantiene la práctica de LM por razones emocionales o bien para pruebas experimentales, dada la inconsistencia en algunos resultados.

Se refiere, por ejemplo, a que no existen diferencias significativas en cuanto a problemas de crecimiento o intestinales entre los niños que fueron amamantados parcial o exclusivamente. (Rocha, Oliveira, & Leal, 2014).

4. Existe de hecho un trabajo muy conocido cuyo objetivo ha sido realizar un diagnóstico del activismo prolactancia materna o lactivismo en España a partir de su discurso respecto a un acontecimiento concreto. Pretendía la autora con ello, contextualizar al movimiento prolactancia en el momento que atraviesa la propia lactancia materna en España, las actitudes hacia la lactancia de la sociedad, las instituciones y el mundo sanitario, así como su posición respecto a las opiniones que le son contrarias u hostiles, como aquéllas que ven en las lactivistas a unas “talibanas de la teta”.

Identifica de hecho una serie de bloques, que apoyan, de entrada, el objetivo de este trabajo:

- **Bloque 2:** Planteamiento crítico. Mención a las nuevas corrientes de opinión que se cuestionan el acto de la lactancia en sí y la presión que se ejerce sobre las madres para que den de mamar.
- **Bloque 8.** Opiniones desfavorables: experiencias personales. donde se quejan del poco apoyo médico que encontraron y de cómo tras hablar con otras mujeres que han pasado por lo mismo que ellas: “ya no se siente un bicho raro.”
- **Bloque 10.** El problema de la comunicación: aunque se conocen bien los beneficios de la lactancia materna “muchas

veces somos demasiado dogmáticos. Estamos tan convencidos de las bondades de la leche materna que intentamos trasladar nuestra idea sin indagar en las razones de una madre para no dar el pecho. Diría que damos mucha información, pero sin que exista una buena comunicación. Y en ese sentido, algunas mujeres sí pueden sentirse presionadas”.

- **Bloque 16.** Las presiones sobre las madres. Se les pregunta si se está presionando a las mujeres para que opten por dar el pecho creándoles complejo de mala madre. Su respuesta: “Creo que, si una mujer está convencida de lo que hace, nadie puede crearle complejo de nada”. Se pregunta sobre el mismo tema al pediatra Carlos González, quien asegura que “supongo que habrá alguna madre que ha recibido presiones para dar el pecho, aunque todavía es mucho más frecuente que la madre reciba presiones para dar el biberón”.

En la misma atmósfera, aunque en distintos grados de intensidad, se materializa la relación de fuerzas entre la maternidad y la lactancia y otras actividades como el trabajo en lo que respecta a la realización de la mujer.

Maternidad y lactancia siempre son superiores a cualquier otra actividad, experiencia, vivencia. De hecho, se lee en diversos textos y

expresado de muy distintas formas cómo la mujer-mujer es una la mujer-madre y la mujer-madre-lactante (Nieto del Mármol, 2012).

PARTE II

MARCO CONCEPTUAL

2. LA LACTANCIA MATERNA (LM)

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma natural, normal, sin aspavientos: amamantando (Poyato & Galiano, 2014).

Teniendo en cuenta que la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva al menos hasta los 6 meses de edad, y mantener la lactancia materna hasta que el niño cumpla los 2 años, y respetando también que la decisión de como alimentar a sus bebés es un derecho de los padres y de las madres, es necesario realizar estudios que ayuden a identificar las principales causas que hacen que muchas madres que inicialmente tienen "intención de lactar", no puedan llegar a cumplir su deseo.

Amamantar a los hijos es un derecho de cualquier mujer que no tenga impedimentos anatomía-funcionales de sus mamas o patología que contraindique la lactancia. La gran calidad conseguida por los sucedáneos, aun reconociendo su inferioridad con respecto a la leche humana, permite el que dar el pecho haya dejado de ser una obligación.

Hay dos cuestiones importantes en la garantía de este derecho. El inicio y mantenimiento de la lactancia ha demostrado ser un proceso muy vulnerable ante influencias externas, que favorecen el fracaso de

la lactancia en muchas mujeres que desean amamantar. Además, bastantes madres optan por el biberón apoyadas en una información incorrecta o simplemente arrastradas por una corriente de moda (Calama, 1997).

La lactancia materna es la alimentación por medio de la leche en un periodo determinado, además es un proceso óptimo para satisfacer las necesidades nutricionales y de calorías de recién nacidos y lactantes (León et al., 2014).

Se define como la práctica de la que los lactantes sólo toman leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin otro alimento o agua; sólo se incluye la leche extraída o de nodriza, las sales de rehidratación oral, las gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) (OMS & others, 2010).

La lactancia materna (LM) contribuye a la supervivencia y la salud de los niños y niñas, siendo un tipo de nutrición indispensable para su crecimiento y desarrollo. Aporta nutrientes, anticuerpos y sustancias biológicamente activas, que favorecen el crecimiento y el desarrollo inmunológico sirviendo como primera inmunización por sus propiedades (Ortiz, Navarro, & Ruíz, 2014).

Proporciona la energía y los nutrientes que se necesitan durante los primeros meses de vida y sigue aportando la mitad de las

necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio del segundo año de vida (OMS & others, 2010).

A pesar de los reconocidos beneficios de la lactancia materna exclusiva, tal como la Organización Mundial de la Salud recomienda, existe una cierta preocupación en los últimos años debido al descenso de su prevalencia.

La leche humana posee cualidades que producen beneficios significativos para la madre, su hijo o hija y la sociedad (Pereda et al., 2014).

A día de hoy existe unanimidad con respecto a cuál es la mejor opción de lactancia.

2.1. La Lactancia Materna Exclusiva (LME)

La lactancia materna es considerada el mejor alimento que puede recibir un bebé en las primeras etapas de la vida, no solo por su composición sino también por el vínculo afectivo que se establece entre el bebé y la madre, proporciona además numerosas ventajas que proporciona a corto y largo plazo (Organization & others, 2008; Pereda et al., 2014).



Se identifica como “el método más seguro de alimentar a un lactante” (González de Cosío, Escobar-Zaragoza, González-Castell, & Rivera-Dommarco, 2013b; UNICEFOMS, 2003).

La LME constituye una de las prácticas de lactancia óptimas, entre las que se encuentran el inicio de la lactancia en la primera hora de vida y la lactancia materna continuada durante al menos 2 años de edad, o hasta que la madre y el hijo/a quieran (Anzola & Peña-Rosas, 2014).

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, y la Organización Mundial de la Salud (FAO/OMS), continuando con una larga y contrastada posición, junto con UNICEF recomiendan: el inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida, lactancia exclusivamente materna durante los 6 meses y la continuación con alimentación complementaria hasta los 2 años o más (Pereda et al., 2014).

La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia materna al menos durante el primer año (Gorrita, Bárcenas & Brito, 2014; Lucchini, Márquez, & Uribe, 2012).

Para ello, desarrolla programas de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en todo el mundo, también en los países europeos. Asimismo, algunos grupos e instituciones en España han puesto en

marcha medidas encaminadas a conseguir objetivos similares (Villares, Segovia, & Serra, 2005).

Según la OMS, la lactancia materna se define como la alimentación del lactante a través de la leche materna (incluyendo la leche extraída o de nodriza).

Entre las medidas propuestas para alcanzar este objetivo, la OMS-UNICEF recomiendan que se inicie la lactancia durante la primera hora de vida del recién nacido, proporcionar al lactante únicamente leche materna, dar el pecho siempre que se reclame y no utilizar biberones, tetinas o chupetes (OMS & others, 2010).

2.2. Clasificación métodos de lactancia

En base a esta definición, se realiza la siguiente clasificación según los criterios para definir la práctica de alimentación infantil:

- Lactancia materna exclusiva (LME): requiere que el lactante reciba leche materna. Además, se incluye dentro de este tipo alimentación gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas) y Sales de Rehidratación Oral (SRO).
- Lactancia materna predominante: requiere que el lactante reciba leche materna como forma predominante de alimentación. Además, se incluye dentro de este tipo ciertos

líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y SRO, gotas o jarabes.

- Lactancia parcial (LP) (también llamada mixta): comprende la alimentación del lactante con leche materna más una leche artificial (lactancia parcial alternante).
- Alimentación complementaria: requiere que el lactante reciba leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. Además, se incluye dentro de este tipo de alimentación cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial).
- Alimentación con biberón: requiere que el lactante reciba cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina. Además, se incluye dentro de este tipo cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y leche artificial (García Méndez, 2010).

2.3. Lactancia artificial (LA)

Existen leches artificiales para el inicio de la lactancia, otras adaptadas a lactantes de bajo peso o prematuros y fórmulas

parcialmente hidrolizadas o digeridas (García G. & Renovell G., 2008).

Se dividen en dos tipos:

- Fórmulas de inicio: cubren las necesidades del lactante hasta los 4 – 5 meses.
- Fórmulas de continuación: cubren las necesidades entre los 5 y los 12 meses, que se puede utilizar hasta los 3 años.

Sin embargo, a pesar de todos los beneficios, no todos los lactantes y niños reciben una alimentación óptima (aproximadamente solo un 38 por ciento de los lactantes de 0 a 6 meses reciben lactancia exclusivamente materna). Es preocupante el descenso de su prevalencia en los últimos años.

En diferentes estudios se muestra una declinación en el establecimiento de la LM exitosa, que no se ha logrado revertir, a pesar de los esfuerzos desarrollados por diferentes organismos internacionales y países (Gorrita et al., 2014).

En España según la Encuesta, según la Encuesta Nacional de Salud llevada a cabo en el año 2006, la lactancia exclusiva a las 6 semanas es del 68%, a los tres meses es del 52,5% y a los 6 meses 24,7% (Pereda et al., 2014).

Deberemos tener en cuenta también, las diferentes alternativas para la alimentación de nuestros bebés:

Leche artificial o fórmula adaptada. Significa que se alimenta con alimentos artificiales y no recibe nada de leche materna. Las fórmulas artificiales se administran cuando la alimentación con leche humana no es posible ya sea por causas médicas inherentes a la madre o al niño.

En determinadas ocasiones, por enfermedades de la madre o del niño, o bien, por motivos psicológicos, sociales o laborales, no se inicia la lactancia materna o si se hace, se suspende precozmente (García, 2010).

Según la OMS, la leche artificial no contiene los anticuerpos que hay en la leche materna. Si no se elaboran adecuadamente, conllevan posibles riesgos asociados al uso de agua insaludable o de material no esterilizado (López-Fargas, 2015).

Las fórmulas infantiles en polvo no son productos estériles. Se han descrito infecciones graves en recién nacidos y lactantes vulnerables relacionadas con la contaminación de las fórmulas infantiles en polvo (Villares et al., 2005).

Aunque existen recomendaciones de cómo preparar y conservar los biberones dictadas por asociaciones profesionales, a veces no se

respetan en su totalidad. En otras ocasiones, las recomendaciones a las que los padres pueden tener acceso no detallan en profundidad algunas de estas prácticas, como cuánto tiempo pueden permanecer sin refrigerar, tipo de envases para su conservación, etc. (More et al., 2006; Salas-Valenzuela, Medina-Mora, & Segura, 2014; UNICEFOMS, 2003; Villares, Segovia, & Serra, 2005).

Aunque la OMS, en su código sobre la publicidad de los sustitutos de la LM de 1981, postuló (UNICEFOMS, 2003) lactantes mediante la protección y promoción de la LM» y «mediante el uso adecuado de los sustitutos de la LM, cuando fueran necesarios...», poca atención se ha prestado a esta segunda parte. Un ejemplo de ello es que en el año 2000 en el Reino Unido sólo el 9% de las madres primerizas que asistieron a clases de preparación para el parto y que tenían decidido alimentar al bebé desde el nacimiento mediante lactancia artificial recibieron información de cómo preparar un biberón.

Es por ello necesario unificar criterios en las recomendaciones dirigidas a los padres por lo que respecta a la preparación y la manipulación de los biberones, como ocurre con el agua en la que preparar el biberón, el tiempo de ebullición, etc. (Salas-Valenzuela et al., 2014; UNICEFOMS, 2003).

En los últimos años viene produciéndose en España una cada vez mayor presión por parte de colectivos sanitarios, grupos de apoyo

prolactancia, asociaciones profesionales médicas y de enfermería, instituciones y medios de comunicación, para que las nuevas madres practiquen la lactancia natural con sus hijos durante un período cada vez mayor de tiempo y para protocolizar la información que circula en torno de esta práctica, de manera que se actúe y comunique bajo una única pauta, la marcada por Naciones Unidas a través de sus agencias UNICEF y OMS, y para defender la lactancia materna de todo lo que suponga una amenaza para ella, desde las leches artificiales hasta la apología de la lactancia artificial (Nieto del Mármol, 2012).

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño establece que 'las prácticas adecuadas de alimentación basada en la evidencia resultan esenciales para lograr y mantener una nutrición y una salud adecuadas. Las prácticas de alimentación inadecuadas y sus consecuencias representan el principal obstáculo para el desarrollo socioeconómico sostenible y la reducción de la pobreza'. La estrategia llama a gobiernos, la sociedad civil y la comunidad internacional 'a renovar su compromiso en la promoción de la salud y la nutrición de los lactantes y los niños pequeños y trabajar en forma conjunta para este fin' (Linkages, 2002).



3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

A lo largo de la historia de la humanidad, la leche materna ha sido el recurso alimenticio único de los lactantes, suponiendo su falta el motivo fundamental de la existencia del niño, debido a las características nutricionales y el valor inmunológico (Riverón, 1995).

Se puede explicar la historia de la lactancia en tres momentos. El primero iría desde la prehistoria al cristianismo, influenciada por el oscurantismo. El segundo periodo (de los siglos I al XVII) influenciado por la Iglesia como institución y por el poder monárquico en diversas representaciones. Por último, el tercero (del siglo XVIII a la actualidad) afectado, en gran medida, por la industrialización y la llegada de nuevas tecnologías, que han puesto en peligro el equilibrio entre la elección y la obligación a amamantar (Gamboa, López, Prada, & Gallo, 2008).

Hasta principios del siglo XX, el tiempo de lactancia entre humanos rondaba desde los 18 meses hasta los 3 años de vida.

A lo largo del siglo XX, la frecuencia y la duración de la misma disminuyen drásticamente. Estados Unidos fue el gran precursor de este descenso (Cano, García, Jiménez, & Jiménez, 2011).



Tras la segunda guerra mundial, al introducirse la leche en polvo y suplementos de lactancia, la lactancia materna fue abandonándose progresivamente, comenzando por EE.UU. y siguiendo por Europa Occidental y Oriental, siendo las clases más pudientes la que optaron primero por la lactancia artificial.

En España, de igual manera que en los demás países de Europa, la Revolución Industrial provocó una gran caída en los índices de LM, como consecuencia del desarrollo de la Industria química y farmacéutica, las cuales inician la elaboración de nuevas fórmulas adaptadas de leche, que pretendía imitar a la humana.

Esta corriente provocó un aumento de la mortalidad y morbilidad infantil, por lo que, a finales de los años 70, la OMS activa la alarma sanitaria.

En una reunión en 1979 entre la OMS y UNICEF, se establece la necesidad de apoyar y promover la lactancia materna y las prácticas adecuadas del destete, y de fortalecer la educación, la formación y la información en torno a este tema.

Como resultado de esta conmemoración conjunta, en 1981 la OMS crea el "Código Internacional de comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna", el cual prohíbe la publicidad de sucedáneos, donaciones de muestras a madres o embarazadas, imágenes y fotos

de bebés que idealicen la leche artificial... El gobierno español se adhirió 12 años más tarde a éste código (Arganda & others, 2013; Moreno-Pérez et al., 2010; UNICEF, 2009).

En 1989, la OMS y UNICEF en conjunto, redactan una declaración conjunta sobre la "Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna: el papel esencial de los servicios de maternidad". En este documento se recogen los "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural", el cual engloba las acciones que deben llevarse a cabo para apoyar la lactancia desde el periodo prenatal, continuación en el neonatal inmediato en las maternidades, y tras el alta hospitalaria a través de los servicios de atención primaria y los grupos de apoyo a la lactancia materna.

En 1990 se elabora la "Declaración de Innocenti" (aprobada por la OMS y UNICEF) en la que se reconoce la superioridad de la lactancia materna sobre la lactancia artificial y en la que se insta al gobierno a adoptar medidas para conseguir una "cultura de lactancia" (OMS & UNICEF., 2003; UNICEF, Organization, & others, 1989).

Con el fin de llevar a cabo la anterior de declaración, la OMS y UNICEF crean en 1991 la "iniciativa Hospitales Amigos de los Niños" (IHAN), con el fin de que los servicios de maternidad se conviertan en centros de promoción de la lactancia natural (Grupo de Trabajo et al., 2009; Hernández Aguilar et al., 2009).

Esta iniciativa se ha aplicado aproximadamente en 16000 hospitales de 171 países y ha contribuido a mejorar la adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo (Organization & others, 1998a; Schubiger, Schwarz, Tönz, Group, & others, 1997).

En España se pone en marcha en 1995, consiguiendo que 11 parlamentos autonómicos y el Congreso de los Diputados hayan aprobado proposiciones no de ley instando a sus gobiernos a proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Actualmente existen 16 hospitales y 3 centros de salud acreditados como IHAN, entre los que se incluye el Hospital Costa del Sol.

Basada en iniciativas anteriores (“Declaración de Innocenti” y la “Iniciativa Hospitales amigos del niño”) se crea la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (adoptada por los Estados Miembros de la OMS y la Junta Ejecutiva del UNICEF en 2002), cuya finalidad es reactivar los esfuerzos encaminados a proteger, promover y apoyar la alimentación apropiada del lactante y del niño pequeño (Liu et al., 2012; Schubiger et al., 1997; UNICEF, 2009).

En Europa, se crea “Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa: un plan estratégico para la acción” (2004), el cual ha sido respaldado por 28 países de la Unión Europea. En él se recalca la prevalencia y duración de la lactancia materna en Europa,

certificando que está muy por debajo con respecto a las recomendaciones dadas por la OMS y UNICEF (OMS/UNICEF, 1989).

En 2005 se celebra el 15º aniversario de la Declaración de Innocenti. En él se emite un nuevo documento en el que se reconoce el notable progreso en las prácticas mundiales de alimentación de lactante y niño pequeño (OMS & UNICEF., 2003).

La OMS y UNICEF, tras una revisión en 2006, amplían los objetivos de la IHAN, apoyando la iniciativa que han demostrado utilidad en la práctica (Grupo de Trabajo et al., 2009).

En 2008, la OMS publicó un nuevo documento en el que se exponen los múltiples beneficios y como el apoyo a las madres puede aumentar la lactancia materna en todo el mundo.

Actualmente, la OMS se ha comprometido en apoyar a los países en el cumplimiento del Plan de aplicación integral sobre nutrición de madre, el lactante y niño pequeño aprobado por los Estados Miembros en mayo de 2012. El plan consta de seis metas, una de las cuales consiste en que, para 2025, se haya logrado aumentar un 50%, como mínimo, la tasa de lactancia exclusiva materna durante los primeros 6 meses de vida.

Para alcanzar esta meta se van a llevar a cabo las actividades descritas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y

del Niño Pequeño (EMALNP), cuyo objetivo es proteger, fomentar y apoyar una alimentación adecuada de los lactantes y los niños pequeños.

También, la OMS y UNICEF han creado un curso de 40 horas de asesoramiento sobre lactancia materna con el fin de capacitar al profesional sanitario para que presten su apoyo a las madres lactantes y, más recientemente, otro de 5 días sobre alimentación del lactante y el niño pequeño.

En España se crea la "Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud" (2007). Este documento tiene como objetivo mejorar la participación y el protagonismo de la mujer en el parto, incluyendo modelos basados en las evidencias científicas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

En Andalucía, se han ido realizando, desde la implantación del Programa de Salud Materno Infantil (1985), diferentes actividades con respecto a la promoción de la lactancia materna.

Tanto en el II como en el III Plan Andaluz de salud se proyectan hacia la promoción de la lactancia materna, con el fin de mejorar la salud de los entornos sociales y así conseguir hábitos de vida más saludables.

En el año 2000, se aprobó la "Proposición No de Ley relativa a la Protección y Fomento de la Lactancia Materna" con el fin de promover la lactancia materna y hacer que los hospitales andaluces implanten y cumplan los criterios establecidos por la IHAN.

Así mismo en el "Plan para la promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada" (2004-2008) se recoge el interés de la Consejería de Salud por la promoción de la lactancia materna (Bartrina, Rodrigo, Barba, & Majem, 2005; Ruíz, 2006).

En Andalucía se han realizado diferentes documentos de apoyo a la lactancia materna, como, "Disfruta de la lactancia materna. Recomendaciones para la lactancia materna", realizado en el año 2010 o el "Manual Lactancia Materna en Andalucía" (2005), resultado del Estudio de la prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida (Aguayo et al., 2005; Pasadas del Amo, Ramírez, & Martínez, 2005).

A nivel mundial, menos del 40 % de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. Un asesoramiento y apoyo adecuados en materia de lactancia es esencial para las madres y familias inicien y mantenga prácticas óptimas de amamantamiento.



En España, según la Encuesta Nacional de Salud (2011-2012), la lactancia materna exclusiva a las 6 semanas es del 66,19 %, a los 3 meses el 53.55% y a los 6 meses el 28.44% (Aguayo et al., 2005).

En Andalucía, en una encuesta sobre la lactancia materna y los factores asociados a su duración (2004), se extrae que el porcentaje que inician la lactancia materna es muy similar al de hace 20 años, observándose un ligero aumento en la duración media de la lactancia en nuestra comunidad. También se extrae que el 82 % de los recién nacido en Andalucía reciben lactancia materna completa. Al primer mes se sitúa en un 63%, a los 3 meses un 40.5 %y a los 4 meses un 26.5 % (Pose, 2010).

En España existe la Federación Española de Asociaciones Pro-lactancia Materna (FEDALMA) (Armengol et al., 2013; Fedalma, 2003) dirigida a desarrollar servicios de información y apoyo dirigidos a las mujeres que quieren amamantar a sus hijos. Dentro de esta federación se encuentra "la liga de la leche", que proporciona información, apoyo y estímulo, a todas las madres que quieran amamantar a sus hijos. Uno de estos grupos de apoyo se encuentra en Málaga (García, 2006).



TABLA 4. MEDIDAS PARA EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

MEDIDAS PARA EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA
Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna
Diez pasos hacia una feliz lactancia natural:
1. Política escrita relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de salud;
2. Capacitar al personal para aplicar estas políticas;
3. Informar a todas las embarazadas sobre beneficios y manejo de la lactancia materna;
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto;
5. Mostrar a las madres como amamantar y mantener la lactancia incluso si deben separarse de sus hijos;
6. No dar a los RN más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, salvo que este médicamente indicado;
7. Alojamiento conjunto de las madres y RN 24 h al día;
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite;
9. No dar tetinas o chupetes a los lactantes alimentados al pecho;
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia, y que las madres tengan acceso a ellos a su salida del Hospital.

Fuente. Tabla de Elaboración Propia: "Los 10 pasos para una Lactancia Feliz".

3.1. Iniciativa hospital amigo de los niños (IHAN)

Surge entonces el establecimiento por parte de estas organizaciones de la "Iniciativa Hospital Amigo de los Niños" (IHAN), para animar a los hospitales, servicios de salud y salas de maternidad a adoptar

esas 10 prácticas comentadas que protejan, promuevan y apoyen la LME desde el nacimiento (Flores-Antón et al., 2012; Molina, 2003).

En España, el Comité Nacional de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, se creó en 1995. En el mes de septiembre de 2009 este organismo pasa a denominarse "Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia", pero sigue conociéndose como IHAN (García, 2006; IHAN, 2003; Toma & Rea, 2011).

Los Criterios Globales de la IHAN constituyen un estándar para medir el cumplimiento de cada uno de los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. En España, se exige además el cumplimiento de la "Atención amigable a la madre" centrada en la prevención y el bienestar como las alternativas al alto costo, el diagnóstico y los programas de tratamiento (Toma & Rea, 2011).

3.1.1. Criterios Globales de Evaluación de la IHAN

Detallamos a continuación los criterios que se utilizarán posteriormente para evaluar el cumplimiento de buenas prácticas:

1. **Iniciativa IHAN:** *"El objetivo principal de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN-España) es promover y apoyar el mejor inicio de la vida, asegurando*

prácticas óptimas en la atención al entorno perinatal y a la LM, soportadas por la Estrategia Global de Alimentación del Lactante y el Niño pequeño de la OMS y Unicef o las Recomendaciones de la Unión Europea sobre la Alimentación del lactante y el Niño pequeño. "IHAN-OMS.

Recomendación con evidencia: "El personal de los centros sanitarios adapta y cumple la iniciativa IHAN, a través de los "10 pasos para una lactancia feliz"" Evidencia Nivel III. RNAO.

2. Iniciativa IHAN. Comité de Lactancia Materna: *"La IHAN requiere que los Centros que aspiren al Galardón constituyan un Comité de Lactancia Materna del Hospital o del Área (con representación de todos los trabajadores del centro, de atención primaria y de los grupos de apoyo locales) y que designen a un responsable/referente que coordinara el comité y las actividades del centro referidas a la LM. Será el encargado de diseñar una Normativa de LM (concisa y clara), adaptada a su realidad laboral y social y consensuada con los profesionales." IHAN-OMS/UNICEF.*

3. Iniciativa IHAN: *"Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento y disponible a todo el personal, que abarque entre otros los 10 pasos y*

este visible en todas las áreas de atención del área materno-infantil".
IHAN-OMS/UNICEF.

4. **Iniciativa IHAN: Formación en lactancia materna:** "Capacitar a todo el personal de salud en contacto con las mujeres y lactantes en las destrezas (conocimientos y habilidades) necesarias para poder aplicar la política sobre LM." IHAN-OMS/UNICEF.

Recomendación Nivel Evidencia III: Formación obligatoria según estándares de OMS/UNICEF, formación de al menos 18 horas teóricas con 8 horas de práctica, que debe incorporar al menos 8 de los pasos del Código IHAN/OMS. RNAO.

5. **LA IHAN establece un programa de "Formación para formadores en Lactancia Materna:** "Este programa se dirige a profesionales que forman parte del equipo, con experiencia y formación previas de al menos 20 horas en LM, que deberán gestionar un programa de formación, acreditado por IHAN, dirigido a los Colectivos Profesionales Sanitarios de las instituciones a las que pertenezcan." "Ellos serán los encargados de formar al 100% de los profesionales del área maternal IHAN. OMS. ANEXO 10.

6. **Intervenciones de Enfermería IHAN: a)** *"Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia,*

independientemente de su decisión sobre la forma de alimentar a su hijo, incluyendo siempre a la pareja". IHAN-OMS/UNICEF.

b) *"No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, salvo que este medicamento indicado. Hacerlo conlleva diversos riesgos "la madre puede pensar que no tiene suficiente leche o que su leche no es adecuada para alimentar a su bebe"". IHAN-OMS/UNICEF.*

7. Iniciativa IHAN: Aconseja habitualmente el "Contacto piel con piel" (CPP): *"Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto (o en cuanto el RN esté listo), facilitando el contacto piel con piel inmediato para fomentar el vínculo madre-hijo/a permaneciendo juntos todo el tiempo que deseen."* IHAN-OMS/UNICEF.

8. Iniciativa IHAN: Aconseja medidas "no farmacológicas": *"Los cuidados tipo canguro **o las medidas no farmacológicas** para el manejo del dolor son fundamentales".* IHAN-OMS/UNICEF.

9. Iniciativa IHAN: *"Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres tengan acceso a ellos a su salida del hospital."* IHAN-OMS/UNICEF.

10. **Iniciativa IHAN:** Recomendación con evidencia: *"Realizar una valoración adecuada de los factores de riesgo asociados de forma individual, y adaptadas culturalmente enfocadas a la lactancia materna. Ej: enfermeras que trabajen con adolescentes"*. Evidencia Nivel III. Canadian Pediatric Society-CPS 2010.

11. **Iniciativa IHAN:** Intervención de Enfermería "Valoración Presencial de la Toma": Evaluación de la toma: anatómica-fisiológica, colocación al niño al pecho, reconocer un amamantamiento correcto y reconocer signos de transferencia eficaz de leche.

3.2. Metas globales 2025 de la organización mundial de la Salud

En 2012, a través de su documento "Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition". La OMS lanza su ambicioso y nuevo reto que aspira a que en 2025, haya un aumento de la prevalencia de LME en los primeros 6 meses de vida de al menos un 50% (Cerde-Muñoz, 2011).

TABLA 5. "5 PRINCIPALES ACCIONES DE LA OMS" PARA SUS METAS GLOBALES

5 principales acciones de la OMS para sus metas globales
1. Revitalizar, ampliar e institucionalizar la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños en los sistemas de Salud.
2. Limitar la agresiva e inapropiada comercialización de sucedáneos de la leche materna.
3. Estrategias Comunitarias que apoyen la Lactancia Materna (campañas de comunicación adaptados al contexto local).
4. Empoderar a las mujeres amamantar exclusivamente: promover baja de maternidad obligatoria hasta los 6 meses y políticas que alientan a las mujeres a amamantar en el lugar de trabajo y en público.
5. Invertir en formación, protección, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva.

Fuente. Tabla de elaboración propia.

Este objetivo implica que el promedio logrado entre 2006-2010 del 38% debería aumentar al menos un 13% en 15 años, lo que implicaría un aumento del 2,3% por año y daría lugar a unos 10 millones de niños más con LME hasta los 6 meses de edad (Anzola & Peña-Rosas, 2014a; OMS & others, 2010).

3.3. Plan de Parto y Nacimiento

El Ministerio de Sanidad, política sexual e igualdad elaboro en 2011, dentro de su estrategia nacional de salud sexual y reproductiva, un documento sobre el Plan de Parto y nacimiento (Tejero-Lainez, 2013).

Surge para que “la mujer pueda expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso de parto y el nacimiento” (Higuero-Macías et al., 2013) y “aunque no sustituya a la información que proporcionó el equipo profesional que atiende durante el embarazo (García, 2016) y todo el proceso de parto, contribuye a que cada mujer gestante y familia, pueda decidir y anticiparse a diferentes decisiones importantes a adaptar durante todo este proceso, como el tipo de analgesia, posiciones, intervenciones, tratamientos o cuidados. (Consejería de Salud, 2009)

Uno de los puntos que incluye el plan de parto y nacimiento es la lactancia materna. Incluye información sobre el inicio precoz de la lactancia, inmediatamente tras el parto y el seguimiento posterior de la misma.

En el plan de parto la mujer puede expresar su deseo del tipo de lactancia que quiere iniciar tras el parto.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía desarrollo en el Año 2009 su propio Plan de Parto (Consejería de Salud, 2009).



3.4. El Proyecto de Humanización de la atención perinatal en Andalucía (PHAPA)

El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía inicia su desarrollo en el año 2006 a partir de diversos convenios de colaboración entre la Consejería de Salud y el Ministerio de Sanidad para el desarrollo de la Estrategias de Atención al Parto Normal y de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud.

Andalucía se propone mediante este proyecto el diseño de un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado. Se pretende que el uso de la tecnología, que garantiza la seguridad de la madre y del bebé recién nacido, sea compatible con la participación de las mujeres y sus parejas en el proceso del parto y del nacimiento de sus hijas e hijos.

La mejor atención al proceso natural de nacer implica trabajar desde la perspectiva de la mujer, de su pareja y del niño o niña recién nacida, procurando el mejor de los vínculos entre estas personas y el mejor de los ambientes donde el proceso se pueda dar.

También implica abordar el proceso desde distintas perspectivas: la maternidad, el parto y la crianza, con especial hincapié en la garantía de elección, libre e informada, de la mujer en relación con su

maternidad, su parto y la crianza de su bebé, en especial la lactancia materna precoz.

Esta perspectiva integra la atención a las mujeres en su diversidad cultural, funcional o social, buscando el respeto a las preferencias de cada pareja siempre que queden respetados los derechos básicos de las personas involucradas. Ello requiere en el sistema público la atención integral y de continuidad de atención entre Atención Primaria y la Especializada, basado en el proceso de embarazo, parto y puerperio (EPP).

El parto es atendido fundamentalmente en los hospitales, gracias a lo cual se ha producido en los últimos años una gran disminución en la mortalidad y morbilidad materna e infantil. Esta gran ventaja ha ido acompañada de algunas intervenciones que hoy se demuestran innecesarias y ya han sido reconocidas por la OMS desde 1985 como prácticas no deseables para la atención rutinaria al parto, como el rasurado, la aplicación de enema, la episiotomía o la separación madre- hijo/a.

Con la tecnificación de los partos en los hospitales, se ha ganado en prevención de morbilidad y mortalidad, pero la mujer ha perdido intimidad, protagonismo y capacidad de decisión sobre aspectos tan personales como la actitud durante la dilatación o la posición de parir. Estas prácticas generan alejamiento de la mujer respecto a la

experiencia natural del parto, dificultad en el establecimiento de la lactancia materna y la aparición del vínculo y conculcan de los derechos recogidos en la normativa andaluza.

Además, no hay evidencias científicas que muestren peores resultados de morbi-mortalidad por el hecho de que las mujeres, debidamente informadas, puedan elegir sobre cómo desean que se desarrolle el parto de bajo riesgo.

Por tanto, una atención de alta calidad al parto en los hospitales debe permitir, hoy día, una mayor capacidad de decisión de la mujer sobre ciertos aspectos de su parto y post-parto inmediato sin que ello suponga poner en peligro la salud de la madre o del/la recién nacido/a.

La crianza es una de las decisiones más importantes. Es importante que esta decisión se realice de forma libre e informada en un entorno favorecedor, en el que se puedan facilitar distintas alternativas. Amamantar estrecha el vínculo afectivo madre-bebé.

El amamantamiento a demanda comporta un estilo de crianza respetuosa con las necesidades del bebé y de la mujer, pero hay que evitar, igualmente, intervenciones culpabilizadoras.

En esta etapa es importante posibilitar que los padres permanezcan todo el tiempo que puedan con su hijo o hija, con especial atención

en el caso de que estén enfermos o hayan sido prematuros. El contacto es fundamental para su correcto desarrollo.

Por otro lado, los verdaderos protagonistas del cuidado son sus padres y, por tanto, se les debe incluir en el equipo que proporciona dichos cuidados, siempre en función de sus necesidades y posibilidades.

Estrategia de implementación:

- Formación-sensibilización de profesionales.
- Divulgación e intercambio de información. Recursos telemáticos
- Identificación de Indicadores de buena práctica clínica y buen trato: Buenas prácticas. Registros. Bases de datos.
- Actualización de la práctica clínica en base a la evidencia.
- Promoción de la Lactancia materna. Bancos de Leche materna.
- Preparación al nacimiento.
- Atención perinatal a mujeres inmigradas. Multiculturalidad.
- Atención perinatal a mujeres con discapacidad. Accesibilidad y equidad.
- Incorporación de la perspectiva de género al proceso.
- Empoderamiento y participación de las mujeres.

- Participación de los hombres en el proceso y la crianza.

Parte del marco normativo en el que se desarrolla el proyecto en la Comunidad Autónoma de Andalucía es el siguiente:

- Programa de Salud Materno-Infantil de Andalucía, subprogramas y líneas de actuación en estas áreas.
- Decreto 101/1995, el que se determinan los derechos de los padres y los niños/as en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento.
- Decreto 246/2005, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.
- En el que finalmente se contempla la atención perinatal y el derecho al acompañamiento, así como el fomento del vínculo madre-hijo/a.
- Acuerdo del Pleno del parlamento de Andalucía sobre la Proposición no de Ley Relativa a la Protección y fomento de la Lactancia Materna.
- Plan Integral de Atención a la Inmigración en Andalucía.
- Plan Integral de obesidad infantil en Andalucía.

Los objetivos generales de este Proyecto son:

- Impulsar la atención humanizada al parto normal como una de las prestaciones de los Servicios Sanitarios Públicos en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Mejorar la calidad de la atención al proceso de nacimiento, con una perspectiva de género, incrementando el protagonismo de la mujer durante su propio parto, implicando a la pareja de forma activa en todo el proceso de nacimiento y crianza, potenciando el vínculo entre la madre y su hijo/a recién nacido/a, fomentando el contacto permanente desde el mismo momento del nacimiento y la lactancia materna.
- Garantizar la asistencia prestada en base a la evidencia científica, en el mejor conocimiento disponible y en ejemplos de buenas prácticas.
- Ofrecer a las gestantes sin factores de riesgo o con bajo riesgo, una asistencia al parto de forma natural, con la mínima intervención posible, garantizando la vigilancia materno-fetal necesaria para evitar riesgos no deseados y respetando en todo momento el derecho a la autonomía, información e intimidad de la mujer y su pareja.



- Actuar de forma específica en la mejora de la accesibilidad, equidad y calidad de la atención a mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

Actualmente nuestro entorno asistencial, ubicado en el área maternal del Hospital Costa del Sol se centra en dos de estos modelos, el primero de ellos, el PHAPA nos permite poner en marcha medidas de mejora para el cumplimiento de estándares de calidad relacionados con la atención perinatal. Esto nos permite así que se convierta en el primer hospital en Andalucía en implantar este nuevo reto. Entre otras medidas se aseguró la formación del 100% de los profesionales del área Materno Infantil en lactancia materna y en el año 2010 se obtuvo el galardón que reconoce la Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) promovida por la OMS y UNICEF.



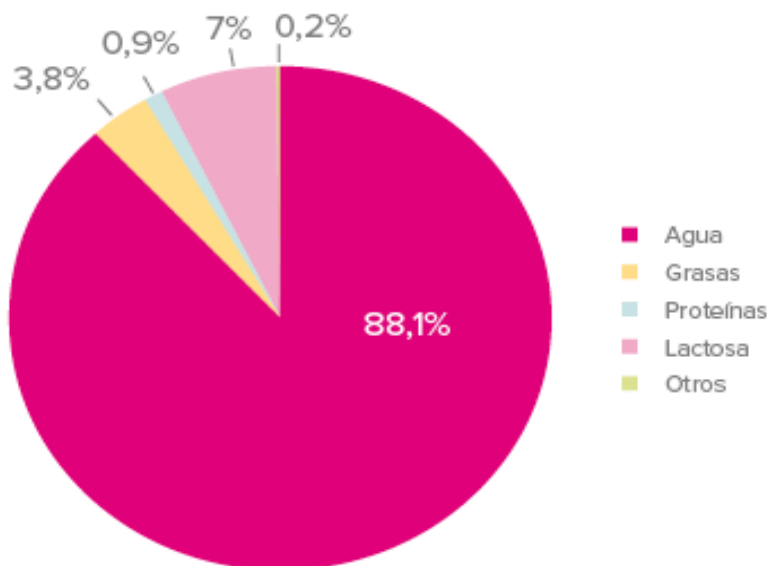
4. PROPIEDADES DE LA LECHE MATERNA

El embarazo es un paso necesario para el inicio de una lactancia normal, durante este periodo ocurren diversos cambios hormonales los cuales modifican de manera importante la fisiología normal femenina, durante este periodo se produce un cambio fundamental en la hipófisis femenina, la cual, al término del embarazo producirá una hormona conocida como prolactina, la cual se encargará de estimular la producción de leche, las glándulas mamarias son las encargadas de efectuar dicha función durante el periodo de puerperio, las glándulas mamarias se encuentran compuestas por miles de conductos conocidos como galactóforos, los cuales se encargan de la producción de leche estimulados por la hormona oxitocina, es importante la estimulación del pezón de la madre ya que sin un estímulo de retroalimentación la hormona no sería capaz de seguirse produciendo, este estímulo es la succión que el recién nacido realiza en el pezón materno (León et al., 2014).

El estrógeno y la progesterona, presentes en grandes cantidades durante el embarazo, estimulan los sistema ductal y alveolar de la glándula mamaria respectivamente. Esto induce la proliferación y la diferenciación de las glándulas mamarias y la producción de calostro claro, acuoso, similar al suero desde el tercer mes de embarazo.

La secreción de calostro continúa hasta el término de la gestación, sin embargo, el nivel alto de estrógeno durante el embarazo inhibe la unión de prolactina con el tejido mamario, por lo que no se produce leche. Después del parto los niveles de estrógeno, progesterona, y somatotropina coriónica humana caen en forma súbita, y la prolactina estimula los alveolos mamarios para producir leche. La succión no es necesaria para que la lactancia comience no obstante si lo es para que la producción de leche se mantenga. Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: precalostro, calostro, leche de transición, leche madura y de pretérmino.

ILUSTRACIÓN 1. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA



Fuente: Garrido Torrecillas et al. (2014).

La leche materna es un producto biológico natural con numerosos componentes inmunológicos, que posee función protectora y preserva al lactante de las infecciones. Incluye factores que proveen la inmunidad específica, como anticuerpos y linfocitos, así como también factores que brindan una inmunidad no específica, como la lactoferrina, lisozima, oligosacáridos y lípidos.

Sus componentes favorecen la maduración del sistema inmune del lactante, al amplificar las respuestas humoral y cerebral, y estimular, en forma más temprana, la producción de anticuerpos de tipo inmunoglobulina tipo A (Ig A) en mucosas (de esta manera protege a nivel local contra Polivirus, Escherichia Coli y Vibrión Cholerae) (Linkages, 2002).

La composición de la LM varía según las necesidades del lactante, presentando mayor cantidad de leche en las tomas de la mañana que en las de la noche. Además, varía su composición a lo largo de la tetada. Al principio de la misma, la leche está más aguada pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares y, al final de la toma, la leche es menos abundante pero con más calorías, grasas y vitaminas (Llorens, Ferrer, Morales, & Botella, 2007; Sabater, 2014).



4. 1. Tipos de leche materna

Precalostro: Acumulado en los alvéolos durante el último trimestre de la gestación. Composición: exudado plasmático, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbumina, cloro, sodio y lactosa.

El calostro se produce durante los primeros días después del parto. Contiene gran cantidad de proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas (defensas) que pasan a la sangre a través del intestino del recién nacido. Este es suficiente para alimentar al recién nacido puesto que debido al pequeño tamaño del estómago hace que se satisfagan sus necesidades con pocas cantidades y tomar frecuentes.

La leche de Transición: Se produce entre 4-15 días luego del parto, hacia el quinto día hay un aumento brusco de su producción y va incrementando su volumen hasta llegar a 700 ml/día aproximadamente entre los 15-30 días posparto.

La leche madura cambia su composición a lo largo de la toma. Al principio presenta un aspecto aguado (rica en lactosa), que da sabor a la leche y es de excelente calidad y diferente a la leche final que es blanca y la cual contiene más grasas y es la que aporta calorías y deja al niño saciado (More et al., 2006; Villares et al., 2005). La composición de la leche humana madura es: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas.

Leche Pretérmino: Está presente en mujeres que han tenido parto prematuro. Es diferente. Durante un mes aproximadamente, se adapta a las características del recién nacido pretérmino, con niveles superiores de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA, y deficiente en lactosa y Vitamina C. Tiene más proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico.

Si se considera la leche materna como el líquido vivo que producen los mamíferos para alimentar a sus crías se comprenderá que la composición de esta no solo posee sustancias nutritivas, sino también elementos inmunológicos y constitucionales que intervienen en la formación y maduración de órganos y sistemas.

La leche de comienzo (se produce al principio del amamantamiento) y leche del final. La primera se produce en mayor cantidad y además aporta más cantidad de proteínas, lactosa y otros nutrientes que la leche del final. Esta última contiene más grasa, proporcionando gran parte de la energía de la leche materna. (Lozano & Antón, 2016; Macías, Rodríguez, & Ronayne de Ferrer, 2006).

La lactancia materna (LM) responde a un hecho biológico, pero inevitablemente está sujeta a influencias sociales, económicas y culturales (Gorrita, Ortiz, & Alfonso, 2016; Paccha, Zumba, & Esteban, 2016).

4.2. Beneficios de la Lactancia Materna

Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa tanto para el niño como para la madre y para toda la sociedad.

La OMS afirma “con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta” (Erreguerena, 2015; Gombau, 2015) . Es la mejor forma de alimentar a niños y niñas en las primeras etapas de su vida, incluidos los prematuros/as, gemelos/as y lactantes enfermos/as, salvo rarísimas excepciones y no tiene sustituto; además, se debe tener en cuenta que presenta innumerables ventajas a corto y largo plazo, para la salud física y emocional, tanto del lactante como de la madre o la sociedad (Black et al., 2008; OMS & others, 2010; OMS & UNICEF., 2003; UNICEF, 2009).

4.2.1. Para el bebé:

El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al bebé de infecciones y reduce la mortalidad neonatal.

El riesgo de muerte por diarrea u otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o lactancia artificial (García Méndez, 2010).

Según el estudio publicado por Becerra-Bulla y colaboradores (cols.), indican que la activación de las cadenas de señalización de leptina por la LM, disminuye los riesgos de enfermedades como hipertensión, obesidad, cáncer o depresión (Becerra-Bulla, Bonilla-Bohórquez, & Rodríguez-Bonilla, 2015).

Beneficios nutricionales. Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de enzimas que facilitan la digestión. Esto hace favorecer la absorción, aprovechando al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.

La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva al sistema digestivo, preparándolo adecuadamente para la llegada de otros alimentos (Benítez Silva & others, 2016; Solano, 2016).

Beneficios Inmunológicos. Es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario al niño.

Los beneficios más importantes y más visibles de la lactancia materna consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante (WHO Maternal, 2015).

Previene y combate diarreas, problemas respiratorios, problemas digestivos, diabetes, alergias, desnutrición y deshidratación. Estos

beneficios son el resultado de una mayor inmunidad y una menor exposición a los agentes infecciosos (Figueroa, 2015; OMS & others, 2010; Palacios Zevallos, 2016).

El calostro y la leche madura contienen una importante cantidad de defensas que protegen al organismo (Cordero, García, López, Barrilao, & Hermoso, 2015; Vélez, Gutiérrez, & Montoya Campuzano, 2015).

Además, reduce o previene el riesgo de padecer alergias cuando hay predisposición genética (Black et al., 2008)

Beneficia el vínculo afectivo y emocional del bebé con su madre. Dar el pecho transmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro (Rey, 2016; Campos, Chaoul, Carmona, Higa, & Vale, 2015; Black et al., 2008).

4.2.2. Para la madre:

- Ayuda a la recuperación tras el parto. Menos anemia en el post-parto porque favorece la contracción del útero, debido a la estimulación de la liberación de la oxitocina.

- Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional.
- Reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer de mama premenopáusico, cáncer de ovarios y fractura de cadera y espinales por osteoporosis en la posmenopausia (Linkages, 2002).
- La leche materna contiene todos los elementos necesarios para el desarrollo correcto del cerebro y del sistema nervioso. Los niños amamantados sobresalen en pruebas de desarrollo intelectual y motor, en comparación con los que no son amamantados (Algarra et al., 2016; Mazo, 2016).

Además, es ecológica, ya que no necesita fabricarse, envasarse o transportarse, con lo que ahorra energía y contaminación al medio ambiente (Muñoz, Casanello, Krause, & Uauy, 2015).

Un estudio publicado en 2015 en Granada concluye que la lactancia materna disminuye la presión arterial de la madre y el lactante, a corto y largo plazo (Aguilar, Sánchez, Madrid, et al., 2015; Aguilar, Sánchez, Villar, Hermoso, & Latorre, 2015; Mora et al., 2015).

Desde el punto de vista psicológico favorece el establecimiento del vínculo afectivo madre/hijo.

El contacto piel con piel propiciado por el amamantamiento, proporciona al niño/a sentimientos de seguridad y calor consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo, así como predispone en el lactante buenos hábitos alimentarios para el futuro («Guía de lactancia materna. Granada.», 2015).

4.2.3. Para la sociedad:

Supone un ahorro considerable en la economía familiar, no sólo de lo derivado de pagar la leche artificial y accesorios (biberones, tetinas...) sino también, del menor consumo de recursos (consultas médicas, ingresos hospitalarios y medicamentos) que se ha demostrado en los bebés alimentados con este tipo de leche (Chileno, 2015).

Los lactantes enferman con menor frecuencia durante los primeros meses de vida y ello ayuda a disminuir el consumo de recursos sanitarios además de bajar el absentismo laboral de los padres al no tener que cuidar de su hijo enfermo. Además, la lactancia materna genera un impacto medioambiental al disminuir el consumo de botes de leche, biberones o tetinas y no generarse estos, se ahorran gastos de energía que contribuye al cuidado del planeta («Guía de lactancia materna. Granada.», 2015).



La familia puede disfrutar de ventajas económicas directas dado el alto precio de los sustitutos de la leche materna y de todos los artículos de alimentación que conciernen a la lactancia artificial. La práctica de la lactancia materna durante un año supone un ahorro de 885 euros aproximadamente.

Algunos mencionan que tan solo se requiere de 80 días para recorrer el mundo, pero para la llegada de un nuevo ser, doscientos ochenta días resultan insuficientes para prepararse, conocerlo todo y realizarse como padre y madre diestramente. Realmente es un cambio total (Conejo, 2008).

La lactancia materna responde a un hecho biológico, pero inevitablemente está sujeta a influencias sociales, económicas y culturales (Conejo, 2008; Gamboa et al., 2008).

La lactancia constituye una parte importante en la realización del rol materno. Con este hecho se inicia un mestizaje de creencias y expectativas que pueden llegar a comportar riesgos y que pueden llegar a requerir de una férrea disposición para continuar con esa decisión (Conejo, 2008; Gamboa et al., 2008).



TABLA 6. RESUMEN DE LOS BENEFICIOS DE LA LM

- ★ Estimula sistemas enzimáticos y metabólicos específicos que logran la programación nutricional, intestinal, enzimática y metabólica para el futuro.
- ★ La leche de la propia madre consigue el mayor rendimiento nutritivo con la menor sobrecarga metabólica.
- ★ Es el órgano inmunológico de transición que moldea y estimula el desarrollo del sistema inmune del recién nacido. Con el contacto cercano madre-hijo, la madre es estimulada para producir y transferir por la leche anticuerpos. Todo ello explica los beneficios en la salud del niño mientras recibe LM y después, con menor número y gravedad de las enfermedades infecciosas y de enfermedades relacionadas con una respuesta inmune anómala.
- ★ Se añaden un gran número de ventajas en el establecimiento del vínculo afectivo. Mayor desarrollo cerebral y sensorial con especial importancia en los prematuros y recién nacidos de bajo peso (BPN).
- ★ Ventajas sobre la salud de la madre con un puerperio más fisiológico, retrasando la ovulación, disminuyendo el sangrado posparto y con mejor recuperación posterior de las reservas de hierro. Menor incidencia de algunos tumores ováricos y mamarios premenopáusicos.
- ★ Supone un gran ahorro económico para los servicios sanitarios y la sociedad.
- ★ Comodidad para la madre y sin riesgos derivados de la preparación de las fórmulas de inicio.

Fuente: de Jager, Hartley, Terrazas, & Merrill (2012)

Como observamos son muchos y muy numerosos los beneficios de la LM, pero a pesar de ello, en numerosos diferentes estudios se muestra una declinación en el establecimiento de la LM exitosa, que no se ha logrado revertir, a pesar de los esfuerzos desarrollados por diferentes organismos internacionales y países.

5. PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

5.1. En el mundo:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), es recomendable la recogida periódica de datos sobre lactancia materna que permita el conocimiento de su evolución además de la efectividad de las diferentes iniciativas de promoción y apoyo.

Algunas fuentes como la OMS afirman, que existe una baja tasa de LM y un abandono temprano de la misma a nivel mundial; sólo el 38% de los lactantes entre 0 a 6 meses reciben LME, mientras que el 34,8% de los lactantes lo hacen durante los 4 primeros meses de vida (Anzola & Peña-Rosas, 2014).

En 2004, UNICEF publicó el "Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia". En este informe se recopilan los datos de incidencia sobre la situación de la lactancia materna en el mundo. La siguiente, refleja los porcentajes en relación a la alimentación infantil mundial agrupada por países (UNICEF, 2004).

ILUSTRACIÓN 2. DATOS UNICEF 2004

	% de niños que reciben en su alimentación		
	Lactancia materna exclusiva (< 6 m)	Lactancia materna y alimentación complementaria (6-9 m)	Continúan con lactancia materna (23-26 m)
África subsahariana	28	65	50
Medio Oriente y Norte de África	37	59	25
Sur de Asia	36	46	67
Este Asiático y Pacífico	54	-	-
Latinoamérica y Caribe	38	48	25
CEE y Estados Bálticos	14	41	23
Países en desarrollo	39	55	51
Países menos desarrollados	35	66	63
Mundo	39	55	51

Fuente: García Méndez, J. A. (2010).

Anteriormente a la publicación de dicho informe, en 2004, Carol Huotari compiló para el Centro de Información de la Lactancia Materna dentro de La Leche League International (LLLI), los porcentajes de cada país correspondientes a la iniciación y prevalencia de la lactancia materna a los 4-6 meses. Siendo agrupados por regiones geográficas (García Méndez, 2010).

"Se puede verificar que las tasas de lactancia materna son mucho más bajas de lo deseado en todo el mundo. Es habitual, sobre todo en los países industrializados, que no exista mucha información referente a las tasas de lactancia materna y cuando esta información está disponible suele ser difícil de interpretar" (López-Fargas, 2015).

5.2. En Europa

En Europa, como ocurre en el resto de países industrializados del mundo, también existe un déficit de información epidemiológica sobre la incidencia y la duración de la lactancia materna.

En el informe dirigido a la Comisión Europea como parte del proyecto "Promoción de la lactancia materna en Europa" se puede encontrar información epidemiológica correspondiente a los países europeos.

Cabe destacar con respecto a la iniciación en la lactancia materna, la existencia de países con una iniciación próxima al 100%. Alemania (96%), Austria (96%), Bulgaria (97%), Dinamarca (98%), Lituania (98%) y Noruega (99%). Sin embargo, otros países presentan tasas más bajas como ocurre en Bélgica (63-72%), España (71%) y Reino Unido (69%).

Tanto Europa como el resto de países industrializados, no lactan a los niños/as con acuerdo a las recomendaciones de las diferentes instituciones y organismos mundiales sobre Salud Pública (García Méndez, 2010).

5.3. En España

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre la Encuesta Nacional de Salud de España en periodo

2011-2012, un 66,19% de los lactantes son amantados exclusivamente con lactancia materna natural a las 6 semanas de vida, a los 3 meses un 53,59% y a los 6 meses un 28,44% («Instituto Nacional de estadística. Informe anual 2012.»).

En el caso de la lactancia mixta, la prevalencia es del 6,17% a las 6 semanas de vida, 12,91% a los 3 meses de vida y 18,37% a los 6 meses de vida. La lactancia artificial es el tipo de alimentación para el 27,64% de los bebés a las 6 semanas de vida, del 33,49% a los 3 meses de vida y un 53,2% a los 6 meses de vida («Instituto Nacional de estadística. Informe anual 2012.»).

Realizando una comparación con la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, se produce un pequeño incremento en el porcentaje de lactantes de 6 meses de vida alimentados mediante lactancia materna natural (del 24,72% en el año 2006 al 28,44% en el periodo 2011-2012).

Las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de lactancia natural a las 6 semanas de vida son La Rioja (84,11%), País Vasco (81,37%) y la Comunidad Foral de Navarra (76,58%). En el extremo opuesto se encuentra las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (37,29%), Asturias (45,80%) y Galicia (55,40%) («Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad Encuesta nacional de salud de España: Estilos de vida.», 2011).

5.4. En Andalucía

En Andalucía, el 82% de la muestra presenta lactancia materna completa (exclusiva+ predominante) en el nacimiento. Este porcentaje disminuye al 63% al primer mes de vida y al tercer mes al 40,5%.

"Durante los tres primeros meses de vida, uno de cada dos niños que comenzaron siendo amamantados, dejó de recibir pecho como la fuente predominante de alimentación o bien fue destetado por completo".

A partir del 4 mes de vida, cabe destacar, el notable descenso en la prevalencia de lactantes que reciben lactancia materna completa. Disminuyendo del 26,5% en el cuarto mes al 12,3% en el quinto.

"Si consideramos conjuntamente las cifras de lactancia materna completa y parcial (LMP), en torno al 27% de los bebés de 6 meses reciben leche materna y sólo un 7,7% continúa lactando al cumplir un año."

Los descensos más significativos en la prevalencia de la lactancia materna, coincide con dos situaciones relevantes en el proceso de amamantamiento. Por un lado, la consolidación de la lactancia materna (se produce en los dos primeros meses) y por otro, la reincorporación al mundo laboral de la madre unida a la introducción

de la alimentación complementaria (entre el cuarto y quinto mes) (Aguayo Maldonado et al., 2005).

5.5. En Málaga

Los datos obtenidos con niños de seis meses de edad han permitido constatar un elevado porcentaje de LM completa. En comparación con los datos expuestos en el estudio sobre prevalencia de LM en Andalucía de 2004-200. Las cifras de LM al nacer se mantuvieron en porcentajes similares, en torno al 80%, lo que puso de manifiesto la alta intencionalidad de la madre de amamantar.

Un estudio llevado a cabo en el HCS en el año 2008 determinó prevalencias de inicio superiores a otros estudios nacionales en los que se observan valores LM completa entre 76,7%-78,4%.

La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses de la vida del recién nacido es de un 39,2% mantiene la lactancia materna exclusiva frente al 48,3% que opta por la lactancia artificial exclusiva. Cifras que, a pesar de ser mejorables, se adaptan a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Los resultados muestran también una prevalencia mayor de lactancia materna completa a los tres y seis meses de edad al compararlos con los datos aportados por el estudio llevado a cabo en la Comunidad

Valenciana en 1997. (López, Molinero, Alvarado, Aldeán, & Asencio, 2011).

6. PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

Los profesionales de Enfermería tienen ante sí uno de los retos más importante de en la salud de sus pacientes, como es el inicio de su alimentación. Como colectivo representa un pilar fundamental de los cuidados de las mujeres y sus familias.

Las primeras horas tras el parto son cruciales para la aparición del vínculo madre/padre-hijo/a y para la instauración de la LM (Acuña et al., 2010; NIDCAP & en la Infancia, 2010).

El apoyo de los profesionales comenzara con la difusión de los beneficios de la LME antes del parto, mediante la educación maternal prenatal, durante el parto y continúa en el momento del puerperio inmediato con el contacto piel con piel para iniciar en los primeros minutos el amamantamiento. Se proseguirá durante el resto del puerperio, y siempre asegurando que la técnica, la succión y el

número de tomas sean correctos (García Rodríguez, 2011; Pereda Goikoetxea et al., 2014).

Todos estos momentos son claves para el desarrollo de una lactancia eficaz posterior en sus domicilios, al alta, donde los cuidados deben seguir (a nivel de la atención primaria o domiciliaria) (Pereda et al., 2014).

El control y seguimiento del embarazo, según los principios de la OMS en su "Estrategia mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño" de 2002, debe ser obligatorio y multidisciplinario. lactancia materna.

Tal como indica la guía de parto normal publicada por el ministerio de sanidad se muestra, con un grado de recomendación A, según la Canadian Task Force que "la atención al embarazo, parto y puerperio por matronas proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos:

disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo, las mujeres tienen una sensación mayor de control y una mayor probabilidad de ser atendida por matronas conocidas, así como una mayor tasa de inicio de la lactancia materna".



La educación maternal antes del parto aumenta las cifras de inicio de la LM en un 5-10%, ya sea proporcionando apoyo e información persona a persona. Se inicia antes de una posible gestación, promoviendo la LM en aquellas consultas o revisiones a las que las mujeres acuden, tanto en atención primaria como especializada.

Principalmente, este papel lo desarrollan las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas), a quienes se derivan las mujeres para su control prenatal (*Comité de LM 12 de octubre y centro de salud de atención primaria.*, 2009; Righard & Alade, 1990).

La temática de las clases de educación maternal, se deberá componer de : hábitos saludables en la mujer embarazada y puérpera, cambios físicos y psíquicos durante el embarazo y puerperio, proceso de parto recursos para aliviar molestias en el embarazo, parto, puerperio y lactancia (incluyendo diferentes tratamiento del dolor), recomendaciones y beneficios de LM, riesgos de la alimentación infantil con leche artificial, medidas para iniciar la lactancia, técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento, información sobre grupos de apoyo y consultores en LM, técnicas correctas de amamantamiento, evaluación de las mamas, detección de factores de riesgo para la lactancia y reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia (*Comité de LM 12 de octubre y centro de salud de atención primaria.* 2009; Righard & Alade, 1990).

También se debe prestar especial atención en aquellas mujeres que han optado por lactancia artificial; su decisión puede estar basada en conceptos erróneos o malas experiencias previas personales o familiares. En todo momento, se deberá mostrar una actitud de respeto y cordialidad y además se informará sobre también de técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento (Tizón, 2015).

La promoción de la lactancia que se inicia en la educación prenatal debe tener continuidad durante toda la asistencia hospitalaria, desde el parto y durante todo el puerperio, favoreciendo dicha continuidad tras el alta hospitalaria; en todo momento, se deben cumplir los estándares de calidad y buenas prácticas establecidos por el Ministerio de Sanidad, y distintos programas a los que se adscribe cada centro, como la IHAN. Se recomienda que se implementen programas estructurados de apoyo al inicio y la duración de la lactancia materna como parte de la rutina de atención a la maternidad (grado de recomendación B), (Gombau, 2015).

El inicio de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora (grado de recomendación A), (NIDCAP & en la Infancia, 2010).

En las dos primeras horas después del nacimiento los recién nacidos están en momento de alerta tranquila o periodo sensitivo, provocado

por la descarga de noradrenalina producida durante el parto, que facilita el reconocimiento temprano del olor materno, necesario para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente. Deben permanecer en íntimo contacto piel con piel con su madre preferiblemente durante las dos primeras horas después del parto, para que tengan oportunidad de agarrarse al pecho y realizar de forma espontánea una primera toma, lo que favorece que el bebé llore menos, se mantenga más calmado y adquieran un comportamiento más organizado de manera más precoz (Tizón, 2015).

Mantendrán una posición materna cómoda y correcta para la enseñanza en la técnica de amamantamiento, colocando el abdomen del bebé contra el de la madre procurando intervenir lo menos posible, ayudando con recomendaciones breves y sencillas sobre los signos que deben valorar para identificar que está mamando bien (Righard & Alade, 1990).

El primer agarre es importante para la instauración y mantenimiento de la lactancia, por lo que se debe facilitar su intimidad, un ambiente agradable de temperatura, sin ruidos y con poca gente en la habitación. Debe realizar un correcto agarre del pezón y areola mamaria, teniendo en cuenta la posición de los labios y la nariz, para que pueda respirar bien y valorar el signo de succión correcta (Tizón Bouza, 2015).

7. LA LACTANCIA MATERNA Y EL ABANDONO

UNICEF estima que el abandono de la Lactancia Materna es un factor importante en las muertes de por lo menos 1 millón de niños al año en el mundo; muchos de ellos sobreviven a pesar de no ser amamantados, pero sufren deficiencias en su desarrollo y crecimiento. El riesgo de morir en los primeros meses de vida, cuando el niño es alimentado artificialmente, es de 3 a 5 veces mayor que los alimentados correctamente con leche materna (Durán , Villegas, Sobrado , & Almanza, 1999).

Existen factores que tienen una influencia positiva para la instauración y el mantenimiento de la LM, que contribuyen a mejorar su duración, como son la edad de la madre su nivel de estudios, la intención de lactancia durante el embarazo, haber acudido a clases de educación maternal y la experiencia materna anterior en lactancia materna (Liu et al., 2012).

También el contacto precoz piel con piel también llamado método canguro, continuo y prolongado entre su madre o padre con el recién nacido e inmediatamente tras el parto se promulga como una acción importante que propicia la lactancia materna (NIDCAP & en la Infancia, 2010).



Surge en 1983 en Bogotá, Colombia, por los doctores Rey y Martínez, como alternativa a los cuidados en incubadora. Es deseable que, inmediatamente tras el parto, los recién nacidos sanos con aspecto vigoroso se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto íntimo piel con piel (*Grado de recomendación A*), (Torres et al., 2013).

Entre sus beneficios (NIDCAP & en la Infancia, 2010) se encuentran una mayor frecuencia y duración de la lactancia materna ,así como un efecto beneficioso de vinculación materno-filial (Dueñas, Jiménez, & Barrios, 2013), en la disminución del tiempo de llanto ,en los niveles de glucosa del recién nacido, en la estabilidad cardiorrespiratoria, menor dolor por ingurgitación mamaria, se recuperan más rápido del estrés, el equilibrio ácido-base y la temperatura (Zamorano, Cordero, Flores Baptista, & Fernández, 2012).

En el caso de la madre, aumenta la duración de la LM, evita experiencias emocionales negativas, presenta menor grado de ansiedad y mejora el agarre correcto al pecho materno (Dávila et al., 2007c; Dois, Lucchini, Villarroel, & Uribe, 2013).

La evidencia nos dice que con más de 50 minutos de contacto piel con piel, la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos

(NIDCAP & en la Infancia, 2010), por lo cual la recomendación habla del contacto piel con piel de la madre con el recién nacido debería ser de al menos 50 minutos sin ninguna interrupción.

Lo recomendable nos dice la evidencia es que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos con un grado de recomendación B y sea supervisado por un profesional sanitario. *Grado de recomendación C* (NIDCAP & en la Infancia, 2010).

En caso de no ser posible el contacto piel con piel con la madre, con un *Grado de recomendación A* se recomienda el "Método Canguro".

Hay un sinnúmero de factores que se relacionan con la intención de lactar, entre ellos están los factores actitudinales (actitudes hacia la lactancia materna). Respecto a las actitudes maternas se entiende como los elementos que involucran el grado de valor positivo o negativo que la madre asigna a la lactancia materna; para su mejor comprensión decir que tienen una parte afectiva, conductual y cognitiva. Por otro lado, la "intención de lactar" optando por la opción de la lactancia materna exclusiva es el grado de disposición psicológica de la madre para realizar o no realizar lactancia materna exclusiva a sus bebés hasta los seis meses (Nakano, Reis, Pereira, & Gomes, 2007).

Los factores asociados con la intención de amamantar permitirán tomar las decisiones de atención de salud para planificar y evaluar las intervenciones apropiadas para mejorar la iniciación de la lactancia y la duración.

"La ansiedad como estado alcanzo en un alto porcentaje de abandono de la lactancia materna y la ansiedad como rasgo también presento un alto porcentaje de abandono de la alimentación al pecho" (Duran, R; Villegas, Deborah; Sobrado, Z; Almanza, M 1999:75).

Las mujeres constituyen un grupo especialmente propenso a los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, tal como puede apreciarse en la bibliografía internacional y en nuestro país en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Sin embargo, no solamente es importante la identificación de los trastornos como tales, sino también de los síntomas, que, sin llegar a constituirse en un trastorno, generan un malestar que puede responder a las intervenciones psicofarmacológicas y/o psicoterapéuticas (Muñoz, de Santillana, de la Luz Cárdenas, Fócil, & Cavazos, 2005).

7. 1. Dificultades para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna

El inicio de la LM ocurre en la gran mayoría de los RN y se mantiene en más de la mitad de los lactantes de 6 meses y en aproximadamente la cuarta parte al año de edad. Los condicionantes que influyen negativamente en el inicio y mantenimiento de la LM en nuestro medio son el parto por cesárea y el tabaquismo y la obesidad maternos; mientras que tener estudios superiores y la procedencia de otras zonas geográficas como la africana aumentan su prevalencia (Andrés et al., 2013).

Los factores que según la OMS contribuyen a la disminución de la LME son los siguientes:

- Creencia de los cuidadores o de influencias sociales que un bebé necesita líquidos adicionales o sólidos antes de los 6 meses, ya que la leche materna por sí sola no es adecuada (favoreciendo la lactancia parcial).
- Prácticas y políticas hospitalarias y de atención de la salud que no apoyan la LM o la falta de apoyo especializado adecuado (en centros de salud, hospitales y en la comunidad).



- Promoción agresiva de la fórmula infantil, leche en polvo y otros sucedáneos de la leche materna.
- Legislación de maternidad y paternidad inadecuada y otras políticas del lugar de trabajo que soportan una mujer con capacidad de amamantar cuando vuelve a trabajar.
- Falta de conocimiento sobre los peligros de no amamantar exclusivamente y de técnicas adecuadas de LM entre las mujeres, sus parejas, familias, profesionales de la salud y responsables políticos.

Existen otros factores como el bajo peso del recién nacido (el parto por cesárea, la combinación de LM y LA, la mala interpretación del llanto infantil por parte de los padres, la introducción temprana de la alimentación complementaria (sobre los 4-6 meses) (Tizón Bouza, 2015), la separación madre-bebé, el deseo del padre de alimentarlo o la decisión propia de destetar, que pueden disminuir la prevalencia de LM (Scott, Binns, Oddy, & Graham, 2006)..

Además, se debe tener en cuenta el posible efecto negativo de la publicidad de leche artificial (Feldman-Winter, 2013).

El abandono precoz de la LM (hasta un tercio de casos el primer mes) refleja las dificultades sociales, culturales y educativas que

impiden su adecuada instauración y posterior mantenimiento; así como el apoyo inadecuado pre y postnatal por parte de los servicios de salud. Otro factor que se identifica habitualmente en la bibliografía para no mantener la lactancia materna exclusiva fue el tiempo de baja por maternidad (Andrés et al., 2013).

Otra serie de condicionantes que influyen negativamente en el inicio y posterior mantenimiento de la LM son además de todos los ya expuestos hasta el momento, el tabaquismo y la obesidad maternos (Pena et al., 2012).

Se unen creencias de que la leche es insuficiente para los recién nacidos, la falta de conocimiento y habilidades del personal sanitario los cuales generan comentarios, consejos que resultan inadecuados y que son factores a tener en cuenta también (Tizón, 2015)

Diferentes estudios determinan también, que variables asociadas con un mayor riesgo de abandono en el periodo temprano fueron que la madre no tuviera decidido antes del parto el tipo de lactancia materna que iba a seguir, el pertenecer a una clase social baja o que la madre fuera primípara (Oribe et al., 2015).

Una realidad documentada ya, es que, en los últimos años, se ha producido en España un importante cambio demográfico debido, en gran medida a la llegada de población extranjera. En relación al tema

que nos ocupa, uno de los cambios más relevantes en nuestro medio y en otros países ha sido la mayor tasa de inicio y prevalencia de LM en las madres inmigrantes.

Además de los factores obstétricos y del recién nacido que alteran la instauración de la lactancia, los principales aspectos socioculturales y familiares que también han demostrado influir en el inicio y mantenimiento de la misma son adiposidad o hábitos tabáquico, el alcohol y consumo de otro tipo de sustancias.

El mejor conocimiento de los factores asociados con la LM permitirá identificar aquellas situaciones de riesgo nutricional y planificar estrategias eficaces de promoción de la misma (Suárez et al., 2014).



8. ASPECTOS ETICOS EN LA PROMOCION DE LA LACTANCIA HUMANA Y EL AMAMANTAMIENTO

Además de un método de alimentación la LM constituye una relación especialmente afectiva entre el binomio madre- hijo (Durán, Villegas, Sobrado, & Almanza, 1999).

Con el auge de la promoción de la LM aparecen algunos aspectos que pueden afectar al inicio y establecimiento de la misma y muchos de estos se relacionan a los conflictos éticos e intereses, los cuales están directamente relacionados con promoción de las leches artificiales.

Entre las políticas de salud para proteger el amamantamiento, en 1981, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó:

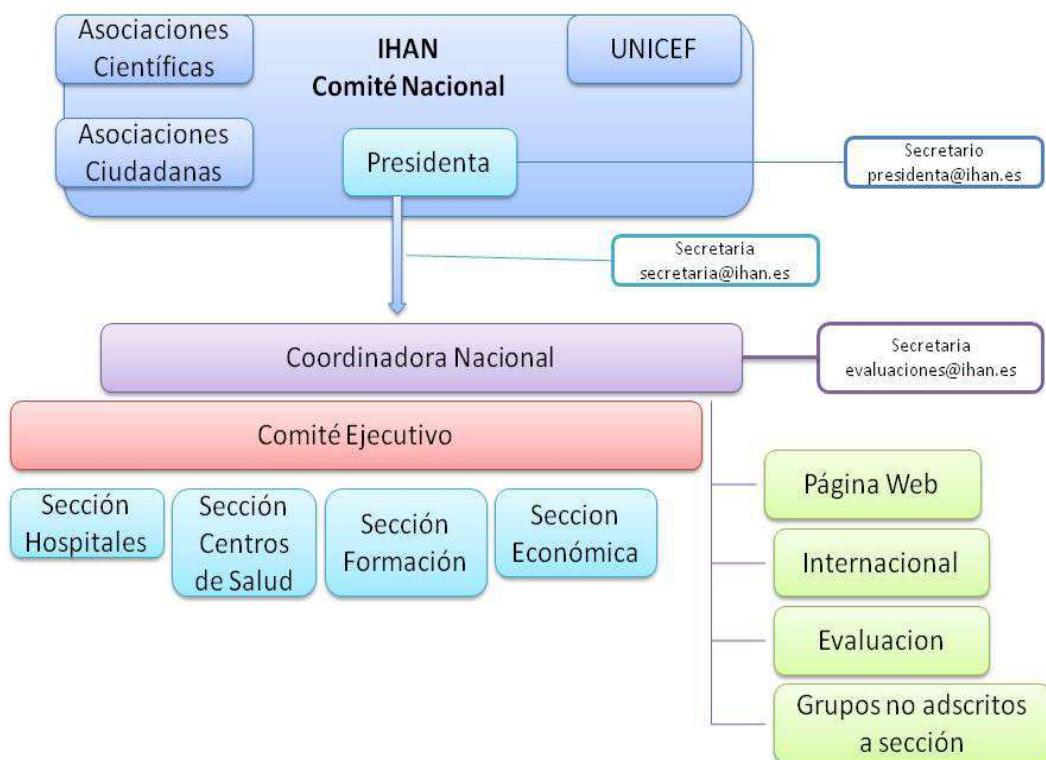
8.1. Código de Comercialización de Sucedáneos de la

Leche materna: Para proteger la lactancia natural, el Código Internacional prohíbe la promoción inadecuada de los sustitutos de la leche materna.

Fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1981. La Asamblea es un cuerpo político de la Organización Mundial de la Salud.

El Código Internacional busca proteger a todas las madres y a sus bebés de las prácticas inapropiadas de comercialización. Prohíbe toda promoción de los sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas. Busca asegurar que las madres reciban información adecuada por parte del personal de salud. Las resoluciones subsecuentes y relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud han clarificado, actualizado y ampliado el Código Internacional.

ILUSTRACIÓN 3. ELABORACIÓN CÓDIGO DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS.



Fuente. IHAN, 2006.

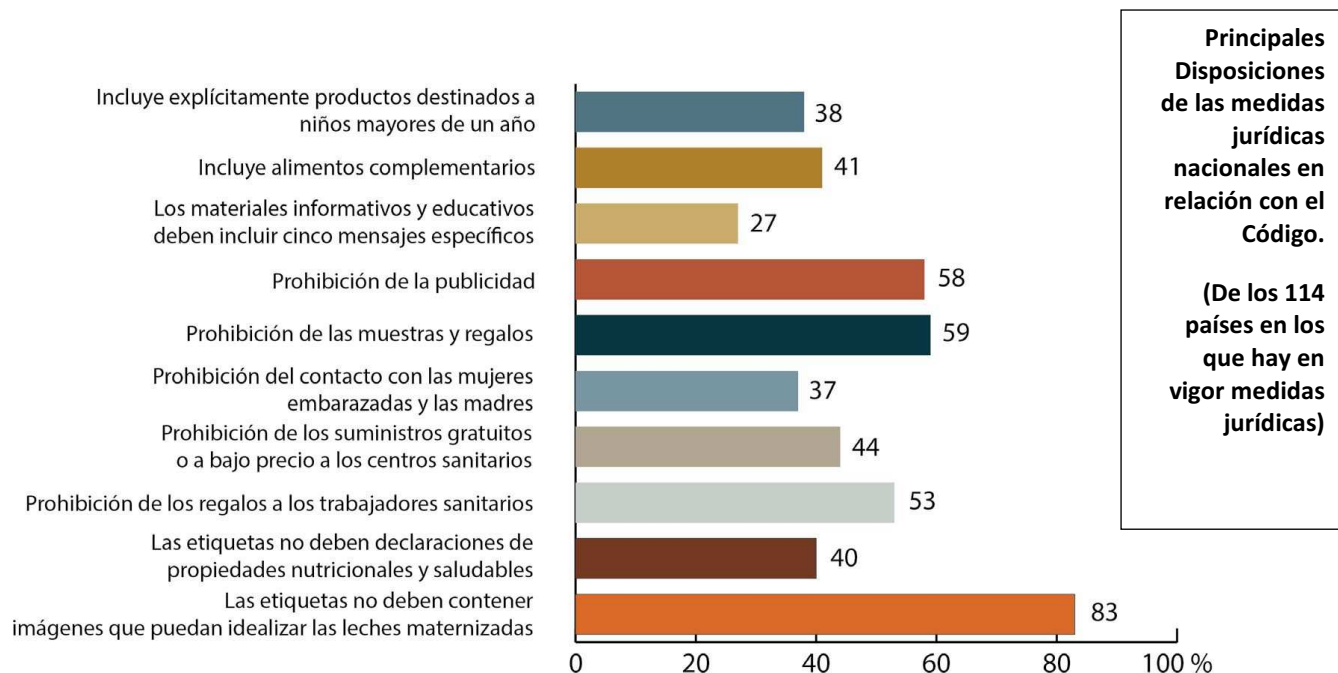
El Código es un requerimiento mínimo que los países deben cumplir tanto en el Norte como en el Sur, en el desarrollo como en el subdesarrollo, en la riqueza y en la pobreza. Al realizar la evaluación del código se observa que las compañías productoras de sucedáneos de leche siguen sin cumplirlo. En la Comunidad Europea el código se ha transformado en leyes de diferente cobertura y cumplimiento (IHAN», 2006).

Su objetivo es contribuir a proporcionar a lo lactante una nutrición segura y suficiente, promoviendo y protegiendo la lactancia natural asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

El Código se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información

relacionada con su utilización (Organización Mundial de la Salud, 2003).

ILUSTRACIÓN 4. CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS



Fuente. Ansotegui, 2003.

8.2. Los obstáculos a la aplicación, la vigilancia y control del cumplimiento

Los países siguen enfrentando obstáculos importantes que dificultan la aplicación del Código y de las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud.

Algunos de los obstáculos son (UNICEF & others, 2016):

- la falta de voluntad política para incorporar el Código en la legislación y velar por su cumplimiento;
- injerencia continua de los fabricantes y distribuidores en los esfuerzos de los gobiernos por establecer o reforzar las medidas de vigilancia y aplicación del Código;
- la ausencia de datos y conocimientos suficientes en cuestiones relacionadas con el Código;
- la coordinación insuficiente entre los responsables de la aplicación;
- las limitaciones nacionales e internacionales en cuanto a los recursos necesarios para la promulgación de legislación, su vigilancia y el control de su cumplimiento.

La Culpa vs. Decisiones informadas. Otro de los aspectos de interés, es la actitud de algunos profesionales de la salud que temen informara los padres sobre los riesgos asociados a la alimentación artificial, alegando que no quieren generar sentimientos de culpa en los padres que no tengan éxito en la LM. La evidencia disponible habla de que son muchas las parejas que no logran establecer una

LM exitosa a pesar de haberlo deseado; pero la misma evidencia determina que este problema está provocado por las barreras hospitalarias y los propios profesionales de la salud que prevalecen en nuestro medio ambiente.

En realidad, cuando no ofrecemos información correcta a nuestras madres, estamos reflejando nuestro temor a no poder ofrecer ayuda efectiva para el inicio y establecimiento de la LM. Mientras que, si utilizamos la culpa para generar cambios de estilo de vida, riesgos de fumar, de beber alcohol de no hacer ejercicio etc....

Las decisiones tomadas a base de informaron completa y correcta, no deben causar sentimientos de culpa.

A la mayoría de nuestras pacientes, lo que les molesta es que no se le ofrezca la información correcta para ellos poder tomar una decisión "bien informada".

Y se encargan las propias compañías de leche artificial, de socavar la confianza de las mujeres en su habilidad para producir leche materna (Parrilla & Gorrín, 2014).

La aparición de la lactancia materna cruzada por una miembro de la familia ha demostrado ser un acto cultural transmitido, teniendo en cuenta que la lactancia materna es una práctica natural y sufre la influencia social.

La cultura se transmite en cada momento de la vida e influye en la manera de ser de las personas.

"[...] Los valores morales y éticos de la familia, desarrollado en su génesis y transmitido culturalmente, impregnar sus relaciones y mantener las formas de vivir dentro de la familia" (Gomes, dos Santos , Peres & Rodrigues, 2015).

Tiene que haber una manera responsable para guiar plenamente a la mujer, sin dejar huecos que pueden ser perjudiciales. Para obtener esta situación, una actitud ética de profesionales en aportar una mayor claridad (Gomes et al., 2015).

PARTE III

MARCO EMPÍRICO

9. JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna ofrece contrastados beneficios, siendo un importante factor determinante de la salud infantil como maternal, considerándose como método de referencia para la alimentación y crianza del lactante y niño pequeño.

Cubre todos los requerimientos nutricionales que requiere el bebé, favoreciendo el crecimiento la salud y el desarrollo del mismo, además de fomentar el vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego (Aguilar & Maldonado, 2005).

Si bien es cierto, que es la única forma natural de alimentar al bebe, e inigualable para su crecimiento y desarrollo, existen también múltiples factores que se han relacionado con el establecimiento o no de una lactancia materna exitosa.

La falta de educación sanitaria prenatal, o el apoyo durante y después del parto por parte de los profesionales de la salud, o de la propia familia, son circunstancias que se pueden dar para que la lactancia materna no se instaure de manera eficaz (Fairbank et al., 2000).

La evidencia sugiere que más intervenciones de promoción de la lactancia materna son más efectivas que los cuidados estándar para incrementar su duración a corto y largo plazo (Vera & Olcina, 2009).

El motivo de escoger este tema para el trabajo, es porque, a pesar de tener mucha información, recomendaciones y normas escritas sobre él, se precisa todavía mucho esfuerzo y coordinación por parte tanto del sistema de salud, como de los propios profesionales de salud para conseguir en éxito más objetivo de la lactancia en nuestra sociedad actual.

En el año 2008 se llevó a cabo un estudio en el Hospital Costa del Sol; ese estudio evidencio entre sus conclusiones una mayor asociación entre la ayuda proporcionada por las enfermeras de apoyo y promoción de la lactancia materna con las cifras de lactancia materna al alta. De las 5 medidas de promoción de la LM realizadas durante la estancia hospitalaria, la mayoría de mujeres habían recibido 4, con un mínimo de 2 de ellas aplicadas, siendo las más frecuentes el inicio de la LM durante el ingreso hospitalario y la facilitación de la permanencia junto al bebé (López, Molinero, Alvarado, Aldeán, & Asencio, 2011).

En la unidad maternal, la actuación del personal de enfermería, teniendo en cuenta que nos encontramos en un entorno de Humanización de Cuidados enmarcado tanto en el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía (PHAPHA) como en la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), debe realizarse en base a unas buenas prácticas

establecidas, las cuales determinan nuestra intervención para con nuestras madres y sus recién nacidos: Protocolos de Lactancia Materna Del Hospital Costa del Sol (HCS). ANEXO 1.

Buenas Prácticas en el área maternal:

1. Verificar que la madre ha decidido dar lactancia materna.
2. Comprobar que se ha iniciado en paritorio, y en caso negativo iniciar en la unidad de hospitalización dentro de las 3-4 primeras horas tras el parto.
3. Entrevista Clínica: preguntarle a la madre sobre sus conocimientos en LM. Conocer experiencias previas en lactancia materna, identificando problemas anteriores.
4. Explorar mamas para identificar de forma precoz posibles problemas.
5. Valoración de la toma: Supervisar al menos una toma por turno, verificando que se realiza correctamente y realizando las correcciones necesarias. Si es preciso se realizará siempre que la madre lo necesite o lo demande.

Aclarar dudas y ofrecer disponibilidad para las dificultades que puedan aparecer posteriormente.



Es determinante también: “Vigilar la actitud materna y no solo la del Recién Nacido” (Acosta, Vázquez, Dávila, & Parrilla, 2014; Rey, 2016).

Una vez que se indique el alta, deberemos preguntarle a la madre por sus dudas. Entregar documentación e información de soporte para los problemas que puedan surgirle en domicilio: p. ej. Información sobre “Grupos de apoyo a la Lactancia Materna”. ANEXO 2.

Son múltiples los factores que se han relacionado con el establecimiento o no de una lactancia materna exitosa, siendo posible evitar muertes neonatales mediante la lactancia materna desde el primer día de vida, pues la leche materna es el alimento óptimo para el lactante por su contenido nutricional necesario favorecer el crecimiento y desarrollo (Gómez et al., 2011; Gorrita et al., 2014).

Entre otros factores relacionados, nos encontramos algo denominado “la vulnerabilidad al estrés y la ansiedad”. Parece ser que afectan directamente en el éxito de la misma, siendo son factores que influyen en su abandono. Hay estudios que llegan a determinar que existe una estrecha relación entre los peores indicadores de lactancia y altos niveles de vulnerabilidad al estrés y ansiedad (Gorrita et al., 2014).



Por ello, dado los beneficios que produce dar lactancia materna, siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales, considero importante realizar un estudio para conocer los factores causales de la aparición de estrés y ansiedad, y son si intrínsecos o extrínsecos al propio proceso.

Entre las conclusiones del análisis los Grupos Focales, realizados en el año 2009, en la Agencia Sanitaria Costa del Sol (ASCS), y en uno de los grupos focales realizados recientemente (2012), las madres han coincidido en expresar sentimientos entre otros de "Presión y ciertas actitudes que les generan ansiedad y estrés".

Concretamente: "Las madres verbalizan ansiedad y presión por parte de los profesionales y el sistema a favor de la lactancia materna."

Verbalizan además que: "verse obligadas a abandonar la lactancia materna o de no haber sido capaces de implantarla con éxito genera un sentimiento de culpa muy difícil de superar en algunos casos."

La dimensión, orientación y cariz de estas afirmaciones, ponen de manifiesto que la lactancia materna es actualmente asunto que suscita estados de opinión extremos, sobre todo inclinados a su defensa y promoción, y un activismo muy dinámico, que ha encontrado su amplificación y aglutinación a través de blogs de Internet y, especialmente en redes sociales como Facebook.

En un tiempo en el que la forma de hacer política, de transformar el mundo y de intervenir socialmente constituyen cuestiones de gran relevancia para las ciencias sociales, el lactivismo, o *activismo por la lactancia materna*, aún no ha merecido la atención apropiada como movimiento social (*marea*) en España. La lactancia en sí misma, como hecho total, y el lactivismo como su trascendencia sociopolítica, se vinculan directamente con las reflexiones sobre la identidad, la alteridad y la diversidad en el mundo contemporáneo (Guijarro, 2015; Massó, 2015).

Apoiada sobre criterios científicos (procesados por UNICEF y la OMS) sobre los que se basan unos protocolos muy concretos transmitidos a las madres desde el entorno sanitario y los grupos de apoyo, la práctica de la lactancia materna es hoy centro de una tensión entre la postura que se entiende por "correcta" (las madres deben amamantar a sus hijos; deben hacerlo de manera exclusiva durante los seis primeros meses; deben seguir amamantándolos durante dos años) y otras minoritarias en lo cuantitativo pero reseñables en lo cualitativo que encuentran voz en pensadoras feministas como Elisabeth Badinter o Lidia Falcón, que observan el fenómeno de los movimientos y estrategias prolactancia desde una perspectiva crítica que no desdeña la posibilidad de que, tras ellos exista un fenómeno

de regresión de la mujer hacia el espacio doméstico y el cuidado de la familia (Nieto del Mármol, 2012).

Lo que nos lleva a hacernos una pregunta obligada: ¿Existe realmente esa presión por parte del profesional?; ¿Confundimos los profesionales educar con presionar? ¿Qué se puede hacer para que una recomendación de salud no acabe siendo una fuente de frustración y de culpabilidad?

¿Debemos revisar el personal sanitario nuestras intervenciones, para que lo que debe ser una intervención educativa que deberá ayudar a nuestras madres a tomar decisiones informadas, con libertad, no se convierta en una amenaza para ellas?

En un estudio publicado por Kate Williams y sus colaboradores (Australia, mayo 2012), analiza cómo los materiales de divulgación de lactancia materna, publicados entre el 2000 y el 2008, contribuyen al sentimiento de culpa de las madres por no establecer este tipo de alimentación.

En este sentido en el Hospital Costa del Sol, desarrollamos un instrumento para la valoración de la toma denominado "Ficha de valoración de la toma" actualmente informatizado y que permite que este registro forme parte de la historia de las pacientes. ANEXO 4.



Está basado en los signos de transferencia activa de la leche e instauración eficaz de la lactancia materna.

Esta ficha permite evaluar seis dimensiones relacionadas con la madre y el recién nacido: posición del cuerpo, respuestas, vínculo, anatomía, succión y tiempo de agarre.

Esta intervención de evaluación además se convierte en una actividad de ayuda y promoción de la lactancia materna donde la enfermera corrige aspectos que son deficitarios y refuerza los positivos.

Las observaciones de la técnica de lactancia pueden ayudar a las madres en la etapa de cuando se están estableciendo la lactancia materna para evitar problemas iniciales y finales, pero la técnica de lactancia es menos útil para predecir la duración de la lactancia. El uso de un chupete debe evitarse en las primeras semanas después del nacimiento. Un estudio de intervención publicado en 1992 encontró que las madres cuyos técnica de amamantamiento ineficaz fue identificado y corregido tenían una mayor duración de la lactancia materna . Recientemente, dos estudios aleatorios que investigaron el impacto de una educación eficaz técnica de lactancia no pudieron confirmar ningún efecto sobre la duración de la lactancia (Kronborg & V\ a eth, 2009).



Un estudio realizado sobre recién nacidos sanos demostró que las madres que recibían apoyo enfermero a través de esta técnica disminuían 3 veces el riesgo de abandono de lactancia materna al alta hospitalaria. A los tres y seis meses también era menor el abandono de lactancia materna, aunque no fue significativo (Díaz, Rodríguez, & Arellano, 2015).

Esta ficha es una adaptación realizada por la OMS de una previa elaborada por Armstrong en el año 1992, y permitía evaluar la calidad de la primera puesta al pecho del recién nacido basado en los signos de transferencia activa de la leche e instauración eficaz de la lactancia materna (B-R-E-A-S-T Feeding Observation Form) (Armstrong, 1990, 1992). Este instrumento fue posteriormente adaptado por la OMS e incorporado en los manuales como herramienta a adoptar en la acreditación IHAN, herramienta que actualmente utilizamos en el área materno-infantil del Hospital Costa del Sol (HCS).

La observación se realiza sobre seis dimensiones relacionadas con la madre y el recién nacido: posición del cuerpo, respuestas, vínculo, anatomía, succión y tiempo de agarre.

Esta actividad se convierte en una intervención que va a complementar la ayuda y promoción de la lactancia materna donde la

enfermera corrige aspectos mejorables y se refuerzan los aspectos positivos.

Un estudio realizado sobre recién nacidos sanos demostró que las madres que recibían apoyo enfermero a través de esta técnica disminuían 3 veces el riesgo de abandono de lactancia materna al alta hospitalaria. A los tres y seis meses también era menor el abandono de lactancia materna, aunque no fue significativo (Díaz et al., 2015).

Otro variable de escala de valoración de la toma es la Escala de Mathews, este instrumento es una Herramienta de Evaluación de la Lactancia Materna Infantil (IBFAT) para evaluar y medir la competencia en lactancia materna. Fue diseñado para ser utilizado por madres, parteras y otros profesionales de la salud. El instrumento consta de cuatro ítems que representan los componentes principales de la conducta de lactancia materna. A estos componentes se les asigna un valor numérico basado en la respuesta elegida por el evaluador para cada ítem. El rango para cada uno de los cuatro ítems es de 0 a 3, dando un rango de puntuación total de 0 a 12, siendo 12 el puntaje para una alimentación vigorosa y eficaz. ANEXO 3.

Se utilizó para evaluar los comportamientos de lactancia materna de 60 recién nacidos sanos desde el nacimiento hasta los 4 días después del nacimiento. La confiabilidad entre los evaluadores para este

estudio fue del 91%. Este instrumento permitió evaluar la capacidad de lactancia materna e identificar los cambios con el tiempo (Cabrerizo et al., 2016; Matthews, 1988).

Existe otro instrumento, utilizado también para evaluar la toma, se denomina LATCH; el personal de enfermería utiliza a menudo un sistema subjetivo "bueno / justo / pobre" para evaluar y documentar la lactancia materna. LATCH es un sistema de cartografía de lactancia materna que proporciona un método sistemático para recolectar información sobre sesiones individuales de lactancia. El sistema asigna una puntuación numérica, 0, 1 o 2, a cinco componentes clave de la lactancia materna. Cada letra del acrónimo LATCH denota un área de evaluación. "L" es para qué tan bien el bebé se engancha al pecho. "A" es para la cantidad de deglución audible anotada. "T" es para el tipo de pezón de la madre. "C" es para el nivel de comodidad de la madre. "H" es para la cantidad de ayuda que la madre necesita para sostener a su bebé al pecho. El sistema se representa visualmente en la misma forma que la cuadrícula de puntuación Apgar, y los números se manejan de la misma manera. Con el sistema LATCH, la enfermera puede evaluar las variables maternas e infantiles, definir las áreas de intervención necesarias y determinar las prioridades en la prestación de atención y enseñanza del paciente (Jensen, Wallace, & Kelsay, 1994).

La puntuación de la escala LATCH resultó útil para identificar pares de madre e hijo que podrían beneficiarse de apoyo adicional cualificado en subgrupos específicos con riesgo de amamantamiento no exclusivo al alta. Se necesitan investigaciones futuras para explorar si la puntuación de LATCH evaluada en los primeros días de vida también puede predecir la duración de la lactancia materna (Tornese et al., 2012). Para validar esta escala, dos enfermeras (jueces) evaluaron tres momentos de lactancia a lo largo de la estancia en el hospital de 20 diadas madre-hijo post cesárea, siguiendo la estructura del LATCH. En total se obtuvieron 58 pares de evaluaciones para cada elemento de la escala. En la última evaluación previa al alta el porcentaje de acuerdo entre evaluadores supera el 80% en todos los componentes de la escala y la fiabilidad interjueces analizada a través del coeficiente de correlación de Spearman es adecuada. Sin embargo, se encontraron deficiencias en la fiabilidad del elemento de la escala relativa al confort en los otros dos momentos temporales de evaluación. Se hace necesario completar el estudio con el análisis de la validez predictiva de la escala sobre la duración de la lactancia materna tras el alta hospitalaria. La utilidad del LATCH en las áreas asistencial y de investigación será comentada (Báez et al., 2008).

Actualmente es una herramienta obligada de enseñanza e incorporada en todos los manuales acreditación de la IHAN.

Esta ficha de Observación de la Toma se incorpora en el Hospital Costa del Sol (HCS), dentro del contexto del proceso de Acreditación IHAN, como herramienta unificadora de criterios para el personal enfermero y como parte del protocolo específico de Lactancia Materna. Se lleva a cabo en las primeras 24 horas de vida del recién nacido sano y va acompañada de actuaciones específicas de información y apoyo reflejadas en el citado protocolo. Cada ítem es valorado como positivo o negativo.

Esto ayuda a las enfermeras a establecer un criterio de intervención y de prioridad de intervención con esa madre y su recién nacido. La puntuación total en positivo es el resultado de lo adecuado que ha sido el proceso de agarre y puesta al pecho y por tanto condicionará la labor enfermera para una lactancia exitosa. Una puntuación negativa en alguna de las dimensiones obliga a reevaluar y reintervenir las veces que sea preciso.

Es real la escasez de estudios sobre la eficacia de esta herramienta y su posible practicidad para el cuidado enfermero en la lactancia, y pone de manifiesto la necesidad de evaluar la eficacia de esta herramienta con nuestro tándem madre-recién nacido, con el objetivo de identificar todos los factores que pueden predecir el establecimiento de la lactancia y su mantenimiento, tal como establece la OMS, hasta los seis meses de edad.

Por lo que nos planteamos de nuevo otra pregunta:

¿Las intervenciones enfermeras que acompañan el uso de esta herramienta favorecen el proceso de instauración de la lactancia materna en nuestro entorno?



10. OBJETIVOS

10.1. OBJETIVOS FASE 1:

Primer Objetivo Primario:

Conocer la influencia de la intervención Enfermera sobre el estrés y ansiedad de la madre durante el puerperio inmediato y en la instauración de la lactancia materna.

Objetivos Secundarios

- 1.1. Conocer las características de los profesionales del área maternal del hospital Costa del Sol.
- 1.2. Identificar los factores causales que provocan el estrés y ansiedad.
- 1.3. Conocer las actitudes de los profesionales sobre la Lactancia Materna según los criterios de Evaluación de la Iniciativa IHAN
- 1.4. Conocer las características de la población de madres–recién nacidos estudiada.
- 1.5. Valorar los conocimientos de las madres incluidas en el estudio sobre buenas prácticas para la lactancia materna

- 1.6. Identificar la prevalencia de lactancia materna al alta, a los tres meses y a los seis meses en los recién nacidos.
- 1.7. Identificar la actitud de las madres hacia el mantenimiento de la lactancia materna
- 1.8. Identificar las causas de abandono de la Lactancia Materna.
- 1.9. Evaluar el nivel de satisfacción de las madres en cuanto a la ayuda recibida sobre la lactancia materna.
- 1.10. Describir la relación existente entre ansiedad materna y tipo de lactancia
- 1.11. Describir la relación existente entre ansiedad materna, características sociodemográficas y maternidad.
- 1.12. Conocer la percepción de las madres respecto a la intervención de los profesionales en el proceso de instauración de la Lactancia Materna.



10.2. OBJETIVOS FASE 2:

Segundo Objetivo Primario

El objetivo principal de esta fase de estudio, es identificar la percepción de la atención recibida por las madres durante su estancia en la unidad maternal, desde un enfoque cualitativo.

Objetivos Secundarios

- 2.1. Identificar las carencias que las madres respecto a la información que reciben durante su estancia,
- 2.2. Conocer las demandas de las madres respecto a la infraestructura, atención, experiencias y satisfacción.
- 2.3. Describir las experiencias, emociones (ansiedad, estrés, miedo, alegría etc.) y las expectativas de las madres relacionadas con su estancia hospitalaria.
- 2.4. Identificar medidas de mejora que favorezcan la prevalencia de lactancia materna.

11. MATERIAL Y MÉTODO

11.1. Tipo de Estudio

Se ha llevado a cabo un estudio en dos fases:

Fase 1: Estudio observacional, de cohortes retrospectivo.

Fase 2: Estudio de investigación cualitativa de tipo descriptivo fenomenológico eidético.

11.2. Ámbito de Estudio

Unidad maternal del Hospital Costa del Sol de Marbella.

11.3. Periodo de Estudio

El estudio se ha llevado a cabo entre junio y diciembre del año 2016.

11.4. Población de estudio:

La población objeto de estudio estuvo formada por 2 grupos

- Grupo de pacientes: Madres ingresadas en el área de Maternidad del Hospital Costa del Sol (HCS) y que cumplan los criterios de inclusión.

Por protocolo las estancias de las madres en la unidad maternal son las siguientes, los partos eutócicos (vaginal) se quedan 36 horas ingresados, los vaginales instrumentales 48 horas, las cesáreas 72h, todo esto si no existe complicación de otro tipo durante la estancia de la madre o del recién nacido.

- Grupo de Profesionales: Profesionales del área de Maternidad que se encuentren en activo: Facultativos especialistas de área (FEA) pediatras/neonatólogos, Enfermeras-Matrona y auxiliares de enfermería.

11.5. Justificación del tamaño muestral

Pacientes:

Estimando una población de RN de 2.500 aproximadamente al año en la maternidad del HCS, y una prevalencia de Lactancia Materna alta (Exclusiva o Mixta) del 85%, para un nivel de confianza del 95%, y una precisión del 5% se necesitarían evaluar a 182 mujeres, muestra que se ajustará un 15% por posibles pérdidas (210).

La muestra se obtendrá del total de pacientes ingresadas en el segundo semestre del año 2015 y el primer trimestre del año 2016.

La Metodología utilizada para la recogida de los datos ha sido una entrevista primera telefónica a los tres meses del alta hospitalaria

realizada a 211 madres de recién nacidos sanos, ingresadas en la Unidad Maternal del Hospital Costa del sol de Marbella en el segundo semestre del año 2015 y primer trimestre del año 2016.

Y una segunda entrevista a los 6 meses en las que se consultaba solo si continuaban con lactancia materna exclusiva, y las causas del abandono si procedían.

Profesionales:

Se incluyeron el 100% de los profesionales del área, que de forma voluntaria quisieron participar en el estudio. Participaron un total de un 96% (n=117) del total de profesionales distribuidos de la siguiente manera: 13 FEA pediatría/neonatología; 65 Enfermera-Matrona y 39 Auxiliares de Enfermería.

11.6. Criterios de Inclusión

Pacientes: Pacientes de más de 18 años, o de 17 años emancipadas.

Las cuales hayan recibido y aceptado previamente el consentimiento enviado por correo ordinario.

Madres con estancias superiores a 24 horas en la unidad maternal.

Con RN sano y a término (37-42 semanas de gestación).

Se incluyen partos vaginales, vaginal instrumental, cesáreas electivas y urgentes.

Profesionales: Todos los profesionales pertenecientes al equipo de Facultativos Especialistas en Pediatría/Neonatos. Todo el personal correspondiente a las categorías de Enfermero, Matrona y Auxiliar de enfermería pertenecientes área maternal, en situación contractual fija o interinidad y que de manera voluntaria quieran participar en el estudio.

11.7. Criterios de Exclusión

Pacientes: Madres con problemática social, menores de 17 años. Que no hablen castellano y que no hayan aceptado tras recibir el consentimiento informado. Madres con capacidad mental reducida. Madres cuyos recién nacidos sean ingresados en la unidad neonatal o trasladados a otro centro.

Profesionales: todos los trabajadores que de forma voluntaria decidan no participar en el estudio.

11.8. Variables

Las variables utilizadas en el estudio son las siguientes:

11.8.1. Descripción y clasificación de las variables

11.8.1.1. Variables relacionadas con la madre

TABLA 7. VARIABLES RELACIONADAS CON LA MADRE

Variables explicativas			
Variable	Tipo	Valores	Fuente
Edad de la madre	Cuantitativa continua		Historia clínica
Categoría profesional	Cualitativa policotómica	Empleada	Entrevista
		Desempleada	
Peso al nacimiento	Cuantitativa continua		Historia Clínica
Peso al alta	Cuantitativa continua		
Edad gestacional	Cuantitativa continua		
Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre	
		Mujer	
Tipo de parto	Cualitativa policotómica	Vaginal no instrumental	Historia Clínica
		Vaginal instrumental	
		Cesárea: urgente o programada	
Paridad	Cualitativa dicotómica	Primípara	
		Múltipara	
Gemelar	Cualitativa dicotómica	No=0	
		Si=1	
Reingreso	Cualitativa dicotómica	No=0	Ficha de Observación de la Toma. Historia

		Si=1	
Nivel de Estudios	Cualitativa Policotómica	Primarios Secundarios Universitarios No tiene	
Problemas anteriores con la lactancia	Cualitativas dicotómica	Si No	
Ayuda de LM en el domicilio	Cualitativa dicotómica	No Si	
Contacto piel con piel precoz	Cualitativa dicotómica	No Cumple=0 Cumple=1	
Valoración de la toma bien realizada	Cuantitativa dicotómica	No Cumple=0 Cumple=1	Ficha de Observación de la Toma. Historia clínica
Puesta al pecho tras el nacimiento	Cualitativa dicotómica	No=0 Si=1	Entrevista
Motivo de finalización de la lactancia	Cualitativa policotómica	Cansancio	Entrevista
Variables de intervención			
Variable	Tipo	Valores	Fuente
Valoración de la toma bien realizada	Cuantitativa dicotómica	No Cumple=0 Cumple=1	Ficha de Observación de la Toma. Historia clínica. Entrevista.
Contacto piel con piel y no separación de la madre del RN	Cuantitativa dicotómica	No Cumple=0 Cumple=1	Ficha de Observación de la Toma. Historia clínica. Entrevista.



Información de enfermería durante el ingreso sobre lactancia materna	Cuantitativa dicotómica	No Cumple=0 Cumple=1	Ficha de Observación de la Toma. Historia clínica. Entrevista.
Conocimiento de los Grupos de apoyo a la Lactancia materna	Cuantitativa dicotómica	No Cumple=0 Cumple=1	Entrevista.
Variable de resultado			
Variable	Tipo	Valores	Fuente
Inicio de lactancia materna	Cualitativa dicotómica	No=0 Si=1	Historia clínica
Tipo de lactancia al alta	Cualitativa policotómica	Materna exclusiva Mixta Artificial	Historia Clínica. Entrevista.
Tipo de la lactancia a los tres meses	Cualitativa policotómica	Materna exclusiva Mixta Artificial	Entrevista
Tipo de lactancia a los seis meses	Cualitativa policotómica	Materna exclusiva Mixta Artificial	Entrevista
Edad del bebé al finalizar la lactancia materna definitivamente	Cuantitativa continua		Entrevista
Satisfacción sobre información recibida de lactancia materna	Cuantitativa continua		Entrevista telefónica
Nivel de ansiedad y de estrés	Cuantitativa continua		Entrevista telefónica

Satisfacción de la madre con la atención recibida	Cuantitativa continua		Entrevista telefónica
Escala de Hamilton	Cualitativa policotómica	A veces Casi siempre Siempre Casi nunca Nunca	Entrevista telefónica

Fuente. Tabla de elaboración propia.

11.8.1.2. Variables relacionadas con los profesionales

TABLA 8. VARIABLES RELACIONADAS CON LOS PROFESIONALES

Variables explicativas			
Variable	Tipo	Valores	Fuente
Edad	Cuantitativa continua		Encuesta
Unidad donde trabaja	Cualitativa policotómica	Pediatría/Neonatos Partos 3200/3300	Encuesta
Sexo	Cualitativa dicotómica	Mujer Hombre	Encuesta
Categoría Profesional	Cualitativa dicotómica	Enfermero FEA Matrona Auxiliar de enfermería	Encuesta

Nivel de Competencia profesional	Cualitativa dicotómica	Nivel I Nivel 2 Nivel 3	Encuesta
Tiempo de Experiencia en el servicio	Cuantitativa continua		Encuesta
Tipo de turno	Cualitativa policotomica	Fijo Mañanas 12 horas Tardes Fijas Rotatorio Antiestress Mañanas y tardes	
Tipo de contrato	Cualitativa dicotómica	Estructural Interino	
Horas de formación recibida en LM	Cualitativa policotomica	Más de 10 horas previa Más de 30 horas previa Más de 10 en HCS Más de 30 horas e HCS No tengo formación	
Horas docentes impartidas en LM	Cualitativa policotomica	Más de 5 horas Más de 30 horas Colaboro habitualmente como docente Ninguna	

Actividad Investigadora en LM	Cualitativa policotómica	Comunicación Póster Publicación Colaboración Proyecto Investigación Colaboración en protocolos etc... en el HCS Ninguna	
Variables de intervención			
Variable	Tipo	Valores	Fuente
Explico perjuicios de L. Artificial	Cualitativa dicotómica	Si No	Encuesta
Aconsejas medidas no farmacológicas	Cualitativa dicotómica	Si So	Encuesta
Aconsejas habitualmente el contacto piel con piel	Cualitativa dicotómica	Si No	Encuesta
Explico beneficios LM	Cualitativa dicotómica	Si No	Encuesta
Variable de proceso			
Variable	Tipo	Valores	Fuente
Conoce Comité de LM	Cualitativa Dicotómica	Si No	Encuesta

Conoce tiempo de evaluación de toma	Cualitativa Policotómica	Una vez por turno Cada 4 horas Cada turno hasta que se vaya de alta Siempre que sea preciso hasta que se realice de forma adecuada	Encuesta
Realizada valoración de la toma	Cualitativa Dicotómica	Si No	Encuesta
Conoce Iniciativa IHAN	Cualitativa Dicotómica	Si No	Encuesta
Conoce documentación Escrita IHAN	Cualitativa Dicotómica	Si No	
Leche de mala calidad	Cualitativa Dicotómica	Si No	Encuesta
Relación psicoemocional	Cualitativa Dicotómica	Si No	Encuesta
Protección infecciones	Cualitativa Dicotómica	Si No	Encuesta
Información y ansiedad	Cualitativa Dicotómica	Si No	Encuesta
VARIABLES DE RESULTADO			

Cambios es puesto de trabajo para facilitar la LM	Cualitativa Dicotómica	Si ----- No	Encuesta
Afirmación sobre los profesionales como principal barrera en la instauración de la lactancia	Cualitativa Dicotómica	De acuerdo ----- Nada de acuerdo	Encuesta

Fuente. Tabla de elaboración propia.

- **Variables Sociodemográficas de la madre**

- Edad (años); Nacionalidad; Nivel de estudios; situación laboral;

- **Variables Socioculturales**

- Situación laboral; nivel de estudios;

- **Comorbilidad de la madre**

- Antecedentes previos otros partos; desgarros etc.

- **Antecedentes obstétricos**

- Partos anteriores; número de gestaciones; número de hijos;
tipo de lactancia en partos previos

- **Características del parto**

- Gemelaridad; tipo de parto (vaginal, vaginal instrumental, cesárea programada o cesárea urgente)

- **Características del recién nacido**

- Sexo (masculino, femenino); peso (gramos) al ingreso y al alta

- **Características de la lactancia y contacto piel con piel en la primera hora de vida del recién nacido**

- Tipo de lactancia en la primera hora; contacto precoz en los primeros 5 min del parto; conocer las causas del no contacto precoz piel con piel

- **Características del puerperio inmediato**

- Ayuda con la lactancia materna las primeras horas; información sobre correcto agarre y posición; descripción del correcto agarre y posición; información sobre extracción de leche manual; permanecen juntos después del parto

- **Características del puerperio hospitalario**

- Apoyo a la lactancia materna; tipo de suplemento administrado y manera de administrarlo

- **Características de la lactancia al alta hospitalaria**

- Tipo de lactancia al alta hospitalaria

- **Características de la lactancia a los 3 meses**

- Tipo de lactancia; edad del lactante al cambio de lactancia; motivos para el cambio de lactancia

- **Características de la lactancia a los 6 meses**

- Tipo de lactancia; edad del lactante al cambio de lactancia; motivos para el cambio de lactancia

11.9. Cronograma y plan de trabajo

FASES	JUNIO 2015-2016	JULIO 2016	AGOSTO 2016	SEPTIEM 2016	OCTUBRE 2016	NOVIEM 2016	DICIEM 2016	AÑO 2017
Revisión bibliográfica								
Diseño del Estudio								
Solicitud de permisos								
Obtención de permisos								
Recogida de datos								
Análisis de datos								
Discusión								
Presentación								

11.10. Recogida estructurada de la información

Para la recogida de datos durante el seguimiento, se realizan tres cuadernos de entrevista en los que se recogen las variables anteriormente detalladas.

Dos de esos cuadernos uno se destina a las madres y los otros dos se destinan a los profesionales sanitarios del Área maternal.

- **1er Cuaderno:**

Recogida de datos destinada a los profesionales sanitarios, concretamente Facultativos Especialistas en Pediatría (FEA). Incluye tres bloques de recogida de datos:

1. Características que describen la muestra: Edad, formación en Lactancia Materna
2. Intervenciones relacionadas con la Lactancia Materna
3. Valoración de la información aportada por los profesionales de enfermería respecto a la atención de los Recién Nacidos.

- **2º Cuaderno:**

Recogida de datos destinada a los profesionales sanitarios, concretamente a personal asistencial del Área compuesto por Enfermeras, Auxiliares de enfermería y Matronas. Incluye tres bloques de recogida de datos:

1. Características que describen la muestra: Edad, formación en Lactancia Materna
2. Intervenciones relacionadas con la Lactancia Materna
3. Valoración de las intervenciones y relación con la ansiedad de las madres.

- **3er Cuaderno:**

Recogida de datos destinada a las madres. Incluye tres bloques.

Para la recogida de datos de filiación se utilizó como fuente de datos las historias clínicas de los prematuros nacidos en el HCS. Se obtuvieron datos de la historia electrónica a través del sistema DOCTOR y de la historia clínica en papel. Los datos se registraron en una hoja de recogida "ad hoc" elaborada para la investigación.

Los datos referentes a la evaluación de la toma al pecho se obtuvieron a través de la Ficha de Observación de la toma recomendada por la OMS y Unicef y que se encuentra informatizada en la historia del paciente en los registros específicos de enfermería. La gestión de la misma se realiza a través del programa informático HCIS de Cuidados, así como el programa HCIS Doctor en el cual se recopila tanto la historia de enfermería como la facultativa.

Una vez recogidos los datos de filiación se llamó a las madres por teléfono y se realizó una entrevista estructurada.

1. Características que describen la muestra: Edad, edad gestacional o tipo de parto entre otras.
2. Intervenciones relacionadas con la Lactancia Materna: ficha de evaluación de la toma.

3. Valoración de las intervenciones y nivel de satisfacción.
4. Valoración del nivel de ansiedad mediante la Escala de Hamilton.

11.11. Descripción de instrumentos

11.11.1. Escala de Hamilton:

En 1959, Max R Hamilton, desarrolló la primera versión de la escala de calificación de ansiedad de Hamilton. El incluyó una distinción, entre ansiedad como una reacción normal a peligro, ansiedad como una condición patológica, no relacionada a stress, y ansiedad como un estado, o síndrome general que le llamó "neurosis ansiosa". Hamilton desarrolló la escala, para ser usada con pacientes, que ya se sabía que sufrían la neurosis ansiosa, y no para ser usada, como medio de diagnóstico de ansiedad en pacientes con otros desórdenes. Aunque Hamilton, desarrolló la escala como una calificación de severidad, el usó la escala para diferenciar ansiedad como estado de ánimo patológico, desde un estado (o neurosis).

El usó métodos comunes, para diseñar la escala de calificación. Una variedad de síntomas relevantes, fueron recolectados, y divididos en grupos.

La escala iniciaba con doce grupos de síntomas, los cuales venían a formar trece escalas variables. La totalidad de las trece variables, fueron descritas por sucintas declaraciones, que se incluían en una hoja, que era usada por el entrevistador, para la evaluación del paciente.

La versión original usaba una escala de cinco puntos, para calificar los grupos de síntomas. La primera versión de la escala, fue sólo el inicio, y como Hamilton declarara, algunas de las variables son obviamente una bolsa de trapos sueltos, que necesitan investigación adicional. El condujo pruebas sobre la escala original que iniciaron mejoras, y con el tiempo, evolucionaron la estructura, y puntuación de la escala, a su presente estado.

La Escala de calificación de ansiedad de Hamilton (HAM-A), es un cuestionario psicológico usado por los profesionales sanitarios, para calificar la severidad de la ansiedad de un paciente. Ansiedad puede referirse a cosas tales como, "un estado mental... una unidad... una respuesta a una situación particular... un rasgo de personalidad... y/o un desorden psiquiátrico." (Schneider, Esbitt, & González, 2013).

Aunque fuera una de las primeras escalas de calificación de ansiedad en ser publicadas, la HAM-A, permanece ampliamente usada por médicos.

Fue originalmente publicada por Max Hamilton, en 1959. Para propósitos clínicos, y el propósito de esta escala, sólo para ansiedades severas, o tratadas incorrectamente. Esta escala es considerada una calificación clínica, de la extensión de la ansiedad, y está destinada para individuos, que ya han sido diagnosticados con neurosis ansiosa.

La escala consiste de 14 ítems, diseñados para evaluar la severidad de la ansiedad de un paciente. Cada uno de los 14 ítems, contiene un número de síntomas, y cada grupo de síntomas, está calificado en una escala de cero a cuatro, con cuatro siendo el más severo. Todas estas puntuaciones, son usadas para computar una puntuación general, que indica la severidad de la ansiedad de la persona.

La escala de calificación de ansiedad de Hamilton, ha sido considerada una escala importante por muchos años, pero la siempre cambiante definición de ansiedad, nuevas tecnologías, y nuevas investigaciones, han tenido un efecto sobre la utilidad percibida de la escala. Como resultado, ha habido cambios, y desafíos, a la versión original de la escala en el tiempo.

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (Arranz, 2014; Hyett & Mills, 2006).

Así están presentados los criterios literales, y sus breves definiciones en la escala de "Clasificación de Ansiedad de Hamilton". ANEXO 5:

1. Humor ansioso: preocupación, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad.

2. Tensión: sentimientos de tensión, fatigabilidad, respuesta en alarma, (movido a) llorar fácilmente, temblores, sentimientos de intranquilidad, incapacidad para relajarse.

3. Miedos: a la oscuridad, a los extraños, a ser dejado/a solo/a, a los animales, al tráfico (tránsito), a la/las multitudes/es.

4. Insomnio: dificultad para quedarse dormido, interrupción de sueño, sueño no satisfactorio y fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos.

5. Intelectual: dificultad para concentración, memoria pobre.

6. Humor depresivo: pérdida de interés, falta de placer en hobbies, depresión, temprano despertar, oscilación diurna.

7. Somático (muscular): dolores y sufrimientos, crispaciones, rigideces, espasmos mioclónicos, apretar de dientes, voz inestable, tono muscular incrementado.

8. Somático (sensorial): tinnitus, visión borrosa, rubores en frío y calor, sentimientos de debilidad, sensación de hormigueo.

9. Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor en pecho, palpitación de vasos, sentimiento de desvanecimiento, latidos perdidos.

10. Síntomas respiratorios: presión o constricción en pecho, sentimientos de ahogo, suspiros, disnea.

11. Síntomas gastrointestinales: Dificultad para tragar, dolor por flatulencia abdominal, sensaciones de ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, relajación intestinal, pérdida de peso, constipación.

12. Síntomas genitourinarios: micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación prematura, pérdida de libido, impotencia.

13. Síntomas autonómicos: boca seca, enrojecimiento, palidez, tendencia a sudar, mareos, dolor de cabeza por tensión, tomarse el pelo,

14. Conducta en entrevista: jugueteo, intranquilidad o estimulación, temblor en manos, ceño fruncido, cara tensa, suspiros o respiración rápida, palidez facial, tragar (repetidamente), etc.

11.11.2. Ficha de evaluación de la toma.

En la Ficha de observación de la toma se evalúan aspectos relacionados con la posición del cuerpo, respuestas del bebé y la madre, el vínculo afectivo, anatomía, succión y el tiempo en el cual la madre se retira él bebe del pecho. Como resultado se obtuvieron puntuaciones de cada área y la suma de todas ellas. Además, se recogen datos relacionados entre otros relacionados con la paridad y experiencias previas con la lactancia. ANEXO 4.

11.11.3. Nivel de satisfacción con la ayuda recibida respecto a la lactancia materna.

Para ello se utilizó una escala de Likert de 1 a 5 con los siguientes valores:

1. Muy satisfecho

2. Insatisfecho
3. Indiferente
4. Satisfecho
5. Muy satisfecho

Entrevistas/Encuestas

Se desarrollaron tres tipos de encuestas:

1. Un primer cuestionario dirigida a profesionales FEA, elaborado en formato Google Drive y enviado por correo electrónico. Entre las cuestiones que se les plantean hay preguntas relacionadas con su puesto de trabajo, situación laboral, nivel competencial en manejo de lactancia materna, formación, docencia e investigación relacionadas con este aspecto. Criterios de buenas prácticas sobre lactancia determinados por PHAPA e IHAN; tres preguntas están relacionadas con su percepción respecto a fiabilidad o variabilidad de la información de enfermería para el alta de los recién nacidos y tres sobre percepciones relacionadas con factores que dificultan la instauración de la lactancia materna. ANEXO 6.

2. Un segundo cuestionario dirigido a profesionales Enfermera-Matrona y auxiliares de enfermería similar al de los FEA, haciendo mucho hincapié en la aplicación de los criterios de buenas prácticas

implantados en el área maternal, así como preguntas de percepción sobre variabilidad en la información, o las principales barreras identificadas en el proceso de instauración de la lactancia materna.

3. Un tercer cuestionario, que se realiza por telefónicamente, a los tres meses y posteriormente a los 6 pero este último solo plantea 2 cuestiones relacionadas con el mantenimiento de la lactancia materna y causas del abandono. El resto del cuestionario está constituido por preguntas sobre ocupación, nivel de estudios, partos y experiencia previa de lactancia, criterios de conocimiento de buenas prácticas instauradas en el área maternal, criterios de satisfacción con la información y apoyo recibidos, percepción sobre barreras durante el proceso de instauración de la lactancia materna, y la Escala de Hamilton. ANEXO 7.

11.11.4. Competencia profesional: la búsqueda de métodos válidos y fiables para evaluar el rendimiento clínico del personal sanitario tiene una larga historia. Este sistema tiene ya demostrada su influencia en los resultados de atención.

Este sistema permite Garantizar la Calidad, Mejorar la seguridad del paciente y el desarrollo profesional.



En el Sistema Sanitario, la competencia se define como la aptitud del profesional para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las Buenas Prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se planteen. Ley de cohesión y calidad del SNS, art. 42.

Cada competencia está constituida por Buenas Prácticas, que son un conjunto de comportamientos observables y medibles que verifican la presencia de una competencia. Las buenas prácticas se desarrollan en base a evidencias que permiten observar y medir el nivel de cumplimiento de las mismas.

Nuestro sistema de competencias es propio de la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

Cada competencia tiene un desarrollo distribuido en tres Niveles de evaluación: I, II y III.

El Nivel I se denominó Nivel Básico, con buenas prácticas compuestas por registros en historias clínicas y evaluaciones "in situ". El Nivel II es un Nivel Avanzado y sus buenas prácticas incorporan metodología de cuidados, registro e historia clínica, intervenciones educativas entre otras.

El Nivel III es un nivel Excelente, en el que se piden buenas prácticas relacionadas con docencia y metodología de investigación.

El modelo recoge competencias generales y de ámbito específico siendo la Competencia denominada “Manejo de la Lactancia Materna”, contemplada en la relación de competencias específicas del Área Materno-Infantil. ANEXO 8.

Para Le Boterf (2001) *“las necesidades de competencias no existen por sí solas. Son el resultado de una diferencia entre las competencias requeridas y las competencias reales. Por tanto, es necesario disponer de una referencia de las competencias requeridas para identificar la necesidad de las mismas”* (Le Boterf, 2001).

“Proceso de enseñanza- aprendizaje que facilita la transmisión de conocimientos y la generación de habilidades y destrezas, pero además desarrolla en el participante las capacidades para aplicarlos y movilizarlos en situaciones reales de trabajo, habilitándolo para aplicar sus competencias en diferentes contextos y en la solución de situaciones emergentes” (Briascó & Vargas, 2001).

El profesional sanitario del siglo XXI debe ser un profesional competente en los aspectos conceptuales y técnicos de su profesión y, además, poseer un conjunto de características personales (competencias participativas y personales) que son esenciales para alcanzar un desempeño superior ante los desafíos que plantea la realidad actual. Por ello, el perfil profesional de los sanitarios, formados en las instituciones de educación superior y posteriormente

en sus centros de trabajo de manera continuada, debe ser integral y constar de dos tipos de competencias:

- Competencias específicas (también denominadas competencias clínicas) propias del campo profesional, las que corresponden principalmente a las siguientes áreas o dominios, entre otras:

- Habilidades clínicas básicas.
- Manejo de pacientes.
- Salud pública y sistemas de salud.
- Fundamentos científicos de su especialidad.
- Investigación y aplicación del método científico.

- Competencias genéricas o transversales de formación personal, las que corresponden principalmente a las siguientes áreas o dominios, entre otras:

- Comunicación.
- Sentido ético.
- Gestión de la información.
- Aprendizaje autónomo y desarrollo personal.
- Profesionalismo.

Para Irigoien y Vargas (2002), la evaluación basada en competencias es definida como un “proceso de recolección de evidencias sobre el desempeño laboral de un profesional, con el propósito de valorar su competencia a partir de un referente e identificar aquellas áreas de desempeño que precisan ser fortalecidas, mediante capacitación, para alcanzar el nivel de competencia requerido”(Irigoien & Vargas, 2002; Martínez-Clares, Martínez-Juárez, & Muñoz-Cantero, 2008; Salas Perea, Díaz Hernández, & Pérez Hoz, 2012).

TABLA 9. CARACTERÍSTICAS MODELO POR COMPETENCIAS

FORMACIÓN TRADICIONAL	FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS
Desconectada de la realidad del entorno.	Atenta a las necesidades cambiantes de la sociedad y sus profesionales.
Enfoque centrado en la enseñanza.	Enfoque centrado en el aprendizaje y la gestión del conocimiento
Prima la transferencia de información	Importancia de la formación integral y permanente.
Desconocimiento de los intereses de los estudiantes y de la necesidad de potenciar sus capacidades y habilidades.	Se parte de la necesidad de potenciar las competencias genéricas, transversales y específicas de los colectivos a los que va dirigida.
Currículo compartamentalizado y poco flexible	Currículo integrado y flexible
Clase magistral como metodología única.	Metodología diversa, activa y participativa.
Alumno receptor pasivo de información.	Alumno agente de su propio aprendizaje.
Uso de texto escrito como prioritario.	Centrada en otras formas alternativas de trabajo.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. ADAPTADO DE MARTÍNEZ CLARES, P., RUBIO, M., GARCÍA, C. Y MARTÍNEZ JUÁREZ, M. (2003).

11.11.5. Técnica de Marmet

La extracción de leche materna, que ayuda a descomprimir los pechos aliviando el dolor o las molestias, puede ser manual o automática (utilizando un extractor de leche).

En el caso de la extracción manual, la técnica "Marmet" fue desarrollada por Chele Marmet, madre y asesora de lactancia que encontró una manera eficaz y rápida de extraerse leche materna manualmente.

Es una forma de favorecer el reflejo de eyección (la bajada de leche) y aumentar así la producción láctea. La técnica es una combinación de masajes y estimulación, imitando, en la medida de lo posible, los movimientos que realiza el bebé al succionar.

Para sacarte leche según Marmet deberás alternar masajes y extracción con cada pecho, hasta lograr una cantidad suficiente de leche.

Masajes. Esta fase consta de 3 partes: Masajear, acariciar y agitar.

Extracción. La fase de extracción cuenta con varios pasos, que deberán repetirse de forma rítmica. ANEXO 8.

11.12. Procedimiento

Para la recogida de datos se elaboró un listado de las madres que habían estado ingresadas en la unidad maternal en el último trimestre del año 2015 y primer semestre del año 2016. Este listado se obtuvo a través de la base del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Una vez identificados las madres, se llevó a cabo la recogida de datos de la historia clínica y se realizaron las entrevistas telefónicas durante los meses de agosto y septiembre de 2016.

Para la recogida de información a través del teléfono se envió por correo postal un consentimiento escrito a las madres antes de comenzar con la entrevista, informándolas del propósito del estudio y del tratamiento de la información, así como un apartado por si la participante deseaba revocar el consentimiento ya dado.

Una vez recibido el consentimiento firmado se iniciaron las entrevistas.

Las llamadas telefónicas se realizaron en horario de mañana y tarde y a cada madre se le llamó tres veces antes de considerarla como no localizable.

Para identificar el tipo de lactancia se utilizaron tres de las definiciones recomendadas por la OMS para su uso en estudios epidemiológicos.

- Lactancia materna Exclusiva
- Lactancia materna parcial (o mixta)
- Lactancia Artificial

Como intervención enfermera se consideró la evaluación que se realiza de la primera puesta al pecho a través de la Ficha de Observación de la toma implantada en la unidad maternal.

En cada evaluación, la enfermera realizó una intervención de ayuda y apoyo a la lactancia que incluía tres acciones: corrección de posturas, estimulación del bebé y resolución de dudas sobre la puesta al pecho según las directrices de la OMS.

Cada madre/recién nacido recibió esta intervención en al menos una ocasión. Además, durante la hospitalización todos recibieron las actuaciones incorporadas en el Protocolo de Lactancia Materna específicas para el recién, en concreto:

Se midió el nivel de satisfacción tanto de la ayuda recibida con la lactancia materna como del proceso de hospitalización en general.



11.13. Análisis de los datos

11.13.1. Fase 1.

Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación típica) y distribución de frecuencias para las cualitativas. Las variables resultadas resultado con prevalencia de lactancia materna de la base de datos de madres, se acompañó de correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC95%). Además, en dicha base de datos se incluyó un análisis de supervivencia mediante método de Kaplan-Meier, para evaluar la continuidad en la lactancia materna mixta, incorporando prevalencias estimadas de dicho indicador con correspondiente IC95%. Se realizó análisis bivariado, para contrastar diferencias entre tres grupos, se utilizó el test de chi-cuadrado respecto a variables independientes cualitativas, y el test de ANOVA para variables cuantitativas dado evaluación de tres grupos diferentes tanto en base de datos de profesionales como de madres. En los diferentes análisis se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$. Para la elaboración de la base de datos, se recogió inicialmente en una hoja de cálculo en Excel, y posteriormente se analizará mediante el Programa estadístico SPSS, versión 20.0.

11.13.2. Fase 2.

Para el análisis del estudio cualitativo.

Se procedió al procesamiento y transcripción de la información facilitada por las madres en la fase de entrevista.

Se realizó una primera lectura de los datos para el descubrimiento de temas emergentes y se categorizaron ejes temáticos mediante la codificación a partir de los temas.

Esta lista de código fue evaluada conjuntamente por los miembros del equipo investigador para su refinado y consenso. Se codificaron todas las transcripciones y material disponible, manteniendo permanente el principio de que los "códigos se adapten a los datos", y no al contrario, y tras una relectura en esta fase se procedió a repasar el material no codificado donde se revisaron fragmentos de discurso significativos y se asignaron los códigos correspondientes.

Posteriormente se procedió a la reducción de datos y a la búsqueda de relaciones entre los mismos. El análisis de la información también incluyó un análisis de contenido mediante la producción de árboles de palabras, mapas ramificados, frecuencias de palabras y referencias en la codificación.

Por último, se procedió al análisis de datos en el contexto y modo en el que fueron recogidos, buscando posibles diferencias entre datos solicitados y no solicitados (diferencias entre datos que podían no haber emergido sin la intervención de los investigadores).

En el cuestionario dirigido a los profesionales sanitarios, había también preguntas abiertas, concretamente tres. Estas preguntas abiertas estuvieron relacionadas con respuestas del tipo Si y No; de manera que, si el profesional encuestado respondía que no, debía justificar su respuesta en esa opción de respuesta abierta y libre.

El análisis de estas preguntas se hizo, por las características de las mismas, utilizando metodología cuantitativa.

Aconsejas habitualmente el "contacto piel con piel": *

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

Nombra algún aspecto beneficioso del "contacto piel con piel": *ABIERTA

11.14. Aspectos Ético Legales

El presente estudio se ha ceñido en todo momento a la declaración de Helsinki y a la ley de protección de derechos de los pacientes (Ley 15/2002).

No se ha recabado ningún dato clínico fuera de los consignados anteriormente.

No obstante, todos los datos recogidos en este estudio fueron registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 15 de diciembre).

Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de los participantes se precisa:

- Todos los datos que puedan identificar al participante se mantuvieron separados del resto de la información recogida en los diferentes cuestionarios del estudio.
- Cada caso del estudio contó con un número de identificación que será el que figure en las bases de datos el análisis de la información se realizó siempre de forma agregada y nunca individual.
- Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometieron a cumplir las normas necesarias para

preservar la confidencialidad de la información facilitada por los participantes.

- Todas las bases de datos del proyecto estuvieron protegidas electrónicamente con códigos que limiten el acceso únicamente a los investigadores del proyecto.

Se solicitó a todos los pacientes su autorización para su inclusión en el estudio, mediante consentimiento informado recibido por correo postal (recibido con sobre prefranqueado para su reenvío al investigador principal).

Se adjunta autorización del Comité de Ética de la Investigación del Distrito Sanitario Costa del Sol para poder llevar a cabo el desarrollo de este estudio. ANEXO 9.

12. RESULTADOS

12.1. FASE 1

Estudio observacional, de cohortes retrospectivo.

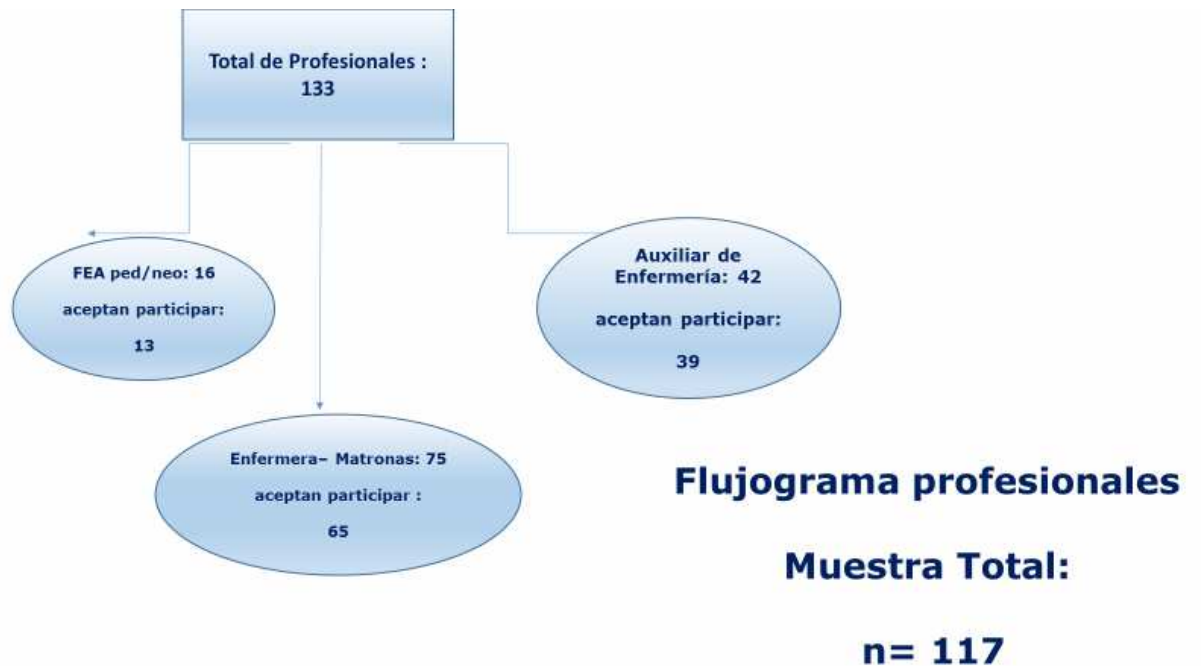
12.1.1. GRUPO DE PROFESIONALES

Flujograma del estudio:

El número total de profesionales entre las unidades que componen el área maternal es de:

- Enfermeras – Matronas (E-M): 75 de las cuales aceptaron realizar la encuesta 65.
- Auxiliares de enfermería (AE): 42 de las cuales aceptaron realizar la encuesta 39.
- Pediatras /Neonatólogos (FEA, s): 16 de los cuales aceptaron realizar la encuesta 13.

ILUSTRACIÓN 5. FLUJOGRAMA DE PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO. ELABORACIÓN PROPIA.



El grupo de profesionales que aceptaron voluntariamente realizar la encuesta, la cual fue elaborada a través de un formato en "Google-Drive" y enviada por correo electrónico a todas las direcciones de correo suministradas por los profesionales que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

Se envió una encuesta dirigida a los Facultativos ANEXO 6 y otra encuesta dirigida a Enfermera- Matrona y al personal auxiliar de enfermería.

Descripción de la muestra

El total de los profesionales encuestados son 117 de los cuales 13 son Facultativos Especialistas en pediatría (FEA), 65 diplomados universitarios en enfermería entre las que se encuentran matronas y un total 39 auxiliares de enfermería todas ellas profesionales del área maternal.

Las características descriptivas de la muestra de profesionales las podemos encontrar en la Tabla 9 y 11.

TABLA 10. DESCRIPCIÓN SEXO DE LOS PROFESIONALES (N=117).

SEXO	FEA (n=13)		Enfermeras-Matronas(n=65)		Auxiliares de Enfermería(n=39)		p
	n	%	n	%	n	%	
Hombre	7	53,8	13	20,0	6	15,4	0,013
Mujer	6	46,2	52	80,0	33	84,6	

Fuente. Elaboración propia.

En relación a la distribución por sexos, es mayor el porcentaje de profesionales que participaron en la encuesta con sexo femenino respecto al masculino. Existiendo un valor significativo de $p=0,013$ respecto a las profesionales de los colectivos Enfermería-Matronas y Auxiliares de enfermería con respecto a los FEA Tabla 9.

Del total de la muestra la edad de los FEA estaba entre los 35 y los 50 años (Media 44,4; DE 8,3), siendo el colectivo con más edad, mientras que el colectivo más joven es el de Diplomados Universitarios repartidos entre enfermeras y matronas (Media 37,9; DE 6,7). En el colectivo de Auxiliares de enfermería la media de edad es de 41,6 (DE 8,0); hallándose diferencias significativas entre los tres colectivos ($p=0,006$). Tabla 11- Grafico 1.

GRAFICO 1. EDAD DE LA MUESTRA DE LOS PROFESIONALES

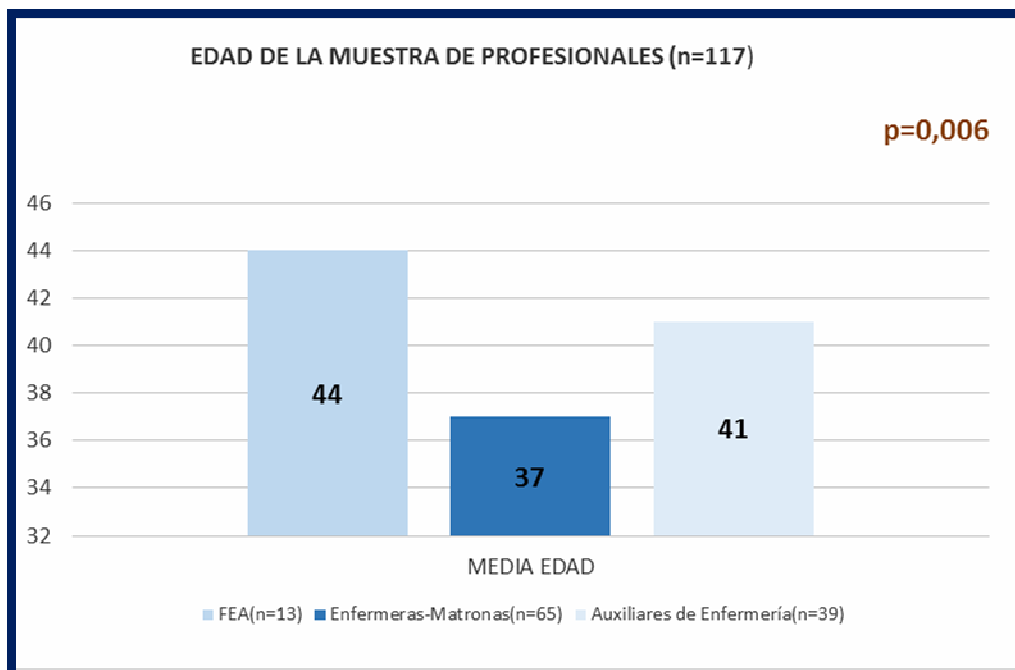


TABLA 11. ESPECIALIDAD DE LOS FEA

Especialidad	FEA (n=13)	
	n	%
Pediatra	7	53,8
Neonatólog	4	30,8
Ambas especialidades	2	15,4

Esta es la distribución de la muestra, porcentaje de pediatras de 53,8% (n=7), respecto al de neonatologos que supone un 30,8% (n=4), y dos de ellos pertenecen a ambas especialidades.

En la siguiente tabla se describen otras características de la muestra, la distribución en relación al tipo de contrato, es el siguiente:

- En Facultativos hay un 69,2% (n=9) de profesionales estructurales y un 30,8% (n=4) de interinos.
- En el grupo de enfermeras, este porcentaje es de 52,3% de estructurales (n=34) y un 47,7% (n=31) de interinos, siendo en el caso de las auxiliares de enfermería un porcentaje del 66,7 (n=26) por ciento de personal estructural fijo frente al 33,3% (n=13) de personal interino. La diferencia en los tres colectivos respecto al tipo de contrato no fue significativa, obteniendo una $p=0,258$.

- Personal formado en lactancia materna, en el equipo de FEA vimos que el 7,7 % (n=1) no tenían formación de ningún tipo, el 30,8% (n=4) se habían formado previo a trabajar en el Hospital Costa del Sol y el 61,5% (n=8) se habían formado en el Hospital Costa del Sol con su plan de formación y los formadores de la unidad.
- En el equipo de Enfermeras-Matronas observamos que el 12,3% (n=8) no tenían ningún tipo de formación, destacando que de la muestra 7 son enfermeras y 1 es matrona. De este grupo el 13,8% (n=9) se formaron previo a trabajar en este hospital y el 73,8% (n=48) recibieron la formación interna.
- El equipo de auxiliares de enfermería presento un 12,3% (n=7) de personal no formado, frente al 13,8% (n=1) de personal formado de manera externa y un 73,8% (n=31) formados internamente en el HCS.



TABLA 12. DESCRIPTIVA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EVALUADOS

	FEA (n=13)		Enfermeras- Matronas (n=65)		Auxiliares de Enfermería (n=39)		p
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
Media-DE	44,4	8,3	37,9	6,7	41,6	8,0	0,006
Nivel Competencias							
Nivel 1	2	33,3	9	15,3	8	25,0	0,227
Nivel 2	4	66,7	28	47,5	17	53,1	
Nivel 3	0	0,0	22	37,3	7	21,9	
Tipo de contrato							
Estructural	9	69,2	34	52,3	26	66,7	0,258
Interino	4	30,8	31	47,7	13	33,3	
Formación recibida LM							
Sin formación	1	7,7	8	12,3	7	12,3	0,0815
Formación externa	4	30,8	9	13,8	1	13,8	
Formación ASCS	8	61,5	48	73,8	31	73,8	

Fuente. Elaboración propia.

Se detallan a continuación los ítems incluidos en la tabla 11 que son nivel competencial, tipo de contrato y la formación recibida en LM.

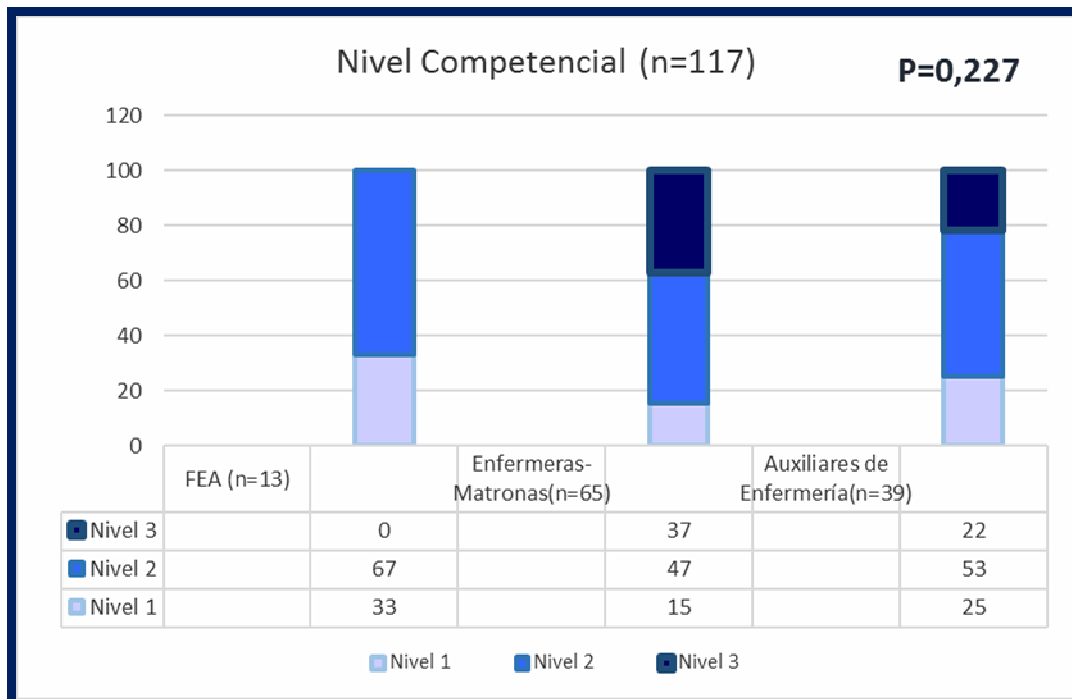
Nivel Competencial: MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA

En relación con el desarrollo de esta competencia profesional específica, aunque la diferencia no es significativa ($p=0,227$), cabe destacar que tanto el personal de enfermería como el de auxiliar de enfermería adquirieron NIVEL 3 (Excelente) de la competencia en un 37,3% ($n=22$) y de 21,9% ($n=7$) respectivamente, mientras que ningún facultativo consiguió dicho nivel máximo de competencias.

En Nivel 1 (Básico) se encontraron un 33,3% de FEA ($n=2$), un 15,3% de Enfermeras-Matronas ($n=9$) y un 25,5% de auxiliares de enfermería ($n=8$).

En Nivel 2 (Avanzado) se situaron un 67% ($n=4$) los FEA, frente a un 47% ($n=28$) las Enfermeras-Matronas y un 53% ($n=17$) las auxiliares de enfermería.

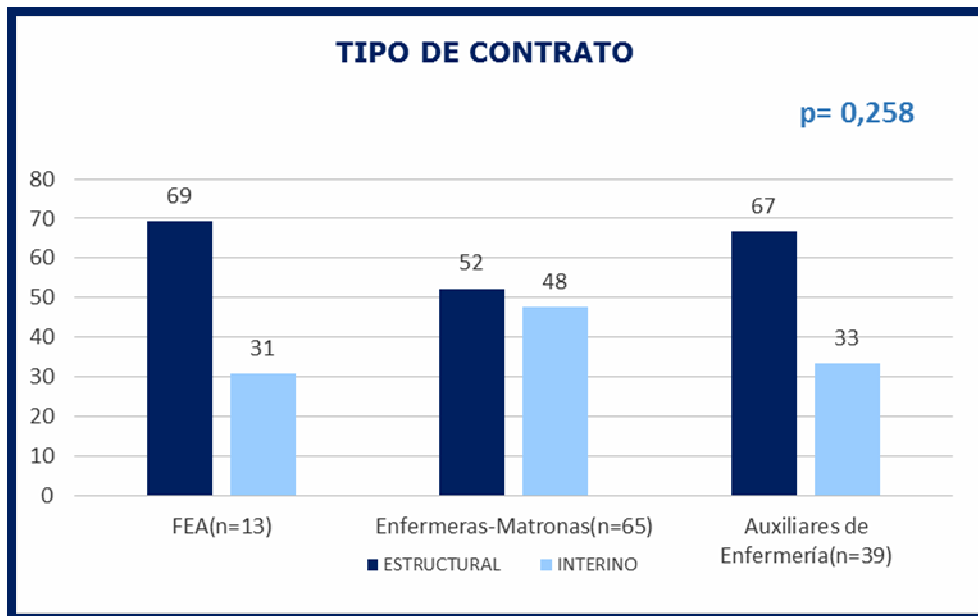
GRAFICO 2. NIVEL COMPETENCIAL DE LOS PROFESIONALES



Los resultados no indicaron una implicación diferente en ninguna de las categorías profesionales respecto al tipo de contrato que tienen.

El resultado no es significativo. Siendo el colectivo de FEA el que tiene mayor proporción de personal fijo (69%, n=9), siguiéndolo el personal auxiliar de enfermería (67%, n=26). Las Enfermeras-Matronas presentan porcentajes balanceados entre personal fijo (52%, n=34) e interino (48%, n=31).

GRAFICO 3. TIPO DE CONTRATO DEL EQUIPO DE PROFESIONALES



Se detallan a continuación, en la siguiente tabla, los criterios de cumplimiento establecidos en base a las buenas prácticas que rigen la práctica asistencial en las áreas maternas basadas en los modelos establecidos por el PHAPA y la IHAN.

TABLA 13. TABLA EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE BUENAS PRÁCTICAS PROFESIONALES (IHAN).

	Total (n=117)		FEA (n=13)		Enfermeras- Matronas (n=65)		Auxiliares de Enfermería (n=39)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Criterio 01: Formación Mínima en LM según experiencia laboral									
No cumple	32	27,4	7	53,8	17	26,2	8	20,5	0,062
Cumple	85	72,6	6	46,2	48	73,8	31	79,5	
Criterio 02: Docencia impartida en LM									
No cumple	88	75,2	11	84,6	46	70,8	31	79,5	0,43
Cumple	29	24,8	2	15,4	19	29,2	8	20,5	
Criterio 03: Durante la visita al Recién Nacido les explico a las madres los beneficios de la Lactancia Materna									
No cumple	45	38,5	7	53,8	24	36,9	14	35,9	0,479
Cumple	72	61,5	6	46,2	41	63,1	25	64,1	
Criterio 04: ¿Y les explico también los perjuicios de la Lactancia Artificial?									
No cumple	93	79,5	12	92,3	55	84,6	26	66,7	0,043
Cumple	24	20,5	1	7,7	10	15,4	13	33,3	
Criterio 05: Cumplimiento de conocimiento de herramientas educativas sobre LM en el centro									
No cumple	57	48,7	8	61,5	28	43,1	21	53,8	0,351
Cumple	60	51,3	5	38,5	37	56,9	18	46,2	
Criterio 06: Conocimiento Comité de LM									
No cumple	19	16,8	1	7,7	11	18,0	7	17,9	0,646
Cumple	94	83,2	12	92,3	50	82,0	32	82,1	

Criterio 07: Cumplimiento de identificación de Recurso sobre LM externo al HCS										
No cumple	23	19,7	4	30,8	9	13,8	10	25,6	0,193	
Cumple	94	80,3	9	69,2	56	86,2	29	74,4		
Criterio 08: Aconseja habitualmente el “contacto piel con piel”										
No cumple	31	26,5	6	46,2	16	24,6	9	23,1	0,231	
Cumple	86	73,5	7	53,8	49	75,4	30	76,9		
Identificación aspecto beneficio del CPP – Lactancia Materna										
No	82	70,1	8	61,5	43	66,2	31	79,5	0,276	
Si	35	29,9	5	38,5	22	33,8	8	20,5		
Identificación aspecto beneficio del CPP – Vínculo/Apego										
No	59	50,4	7	53,8	33	50,8	19	48,7	0,947	
Si	58	49,6	6	46,2	32	49,2	20	51,3		
Identificación aspecto beneficio del CPP – Lactancia Materna y Vínculo/Apego										
No	104	88,9	11	84,6	58	89,2	35	89,7	0,871	
Si	13	11,1	2	15,4	7	10,8	4	10,3		
Criterio 09: Aconseja medidas “no farmacológicas” para el dolor si no están indicadas										
No cumple	87	74,4	12	92,3	44	67,7	31	79,5	0,119	
Cumple	30	25,6	1	7,7	21	32,3	8	20,5		
Criterio 10: identifica medidas no farmacológicas adecuadas										
No cumple	20	17,1	7	53,8	4	6,2	9	23,1	<0,001	
Cumple	97	82,9	6	46,2	61	93,8	30	76,9		

Criterio 11: Conocimientos de beneficios de la LM										
No cumple	48	41,0	1	7,7	33	50,8	14	35,9	0,011	
Cumple	69	59,0	12	92,3	32	49,2	25	64,1		
Criterio 12: Identificación de momento adecuado de búsqueda de información (entrevista o anamnesis)										
No cumple	69	59,0	4	30,8	40	61,5	25	64,1	0,087	
Cumple	48	41,0	9	69,2	25	38,5	14	35,9		
Criterio 13: Actitud de modificación de prácticas para favorecer la LM										
No cumple	50	42,7	7	53,8	28	43,1	15	38,5	0,622	
Cumple	67	57,3	6	46,2	37	56,9	24	61,5		
Criterio 14: Acción investigadora										
No cumple	66	56,4	6	46,2	38	58,5	22	56,4	0,716	
Cumple	51	43,6	7	53,8	27	41,5	17	43,6		
Criterio 15: Conoce iniciativa IHAN										
No cumple	15	12,8	0	0,0	8	12,3	7	17,9	0,241	
Cumple	102	87,2	13	100,0	57	87,7	32	82,1		
Criterio 16: Calidad de la leche materna										
No cumple	13	11,1	0	0,0	9	13,8	4	10,3	0,342	
Cumple	104	88,9	13	100,0	56	86,2	35	89,7		
Criterio 17: Leche materna buena para un bebe										
No cumple	46	39,3	1	7,7	32	49,2	13	33,3	0,013	
Cumple	71	60,7	12	92,3	33	50,8	26	66,7		
Criterio 17b: Justificación o falso mito										
No cumple	34	66,7	1	100,0	24	66,7	9	64,3	0,765	
Cumple	17	33,3	0	0,0	12	33,3	5	35,7		

Criterio 18: Relación psicoemocional									
No cumple	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Cumple	117	100,0	13	100,0	65	100,0	39	100,0	
Criterio 19: Protección frente a infecciones									
No cumple	6	5,1	0	0,0	3	4,6	3	7,7	0,531
Cumple	111	94,9	13	100,0	62	95,4	36	92,3	
Tasa Criterios Comunes Cumplidos (%)									
Media – DE	63,6	13,8	61,9	15,1	63,8	11,4	63,7	17,0	0,903

A continuación detallamos cada uno de los criterios identificamos en la Tabla 12.

12.1.2. Criterios de Evaluación: INICIATIVA IHAN:

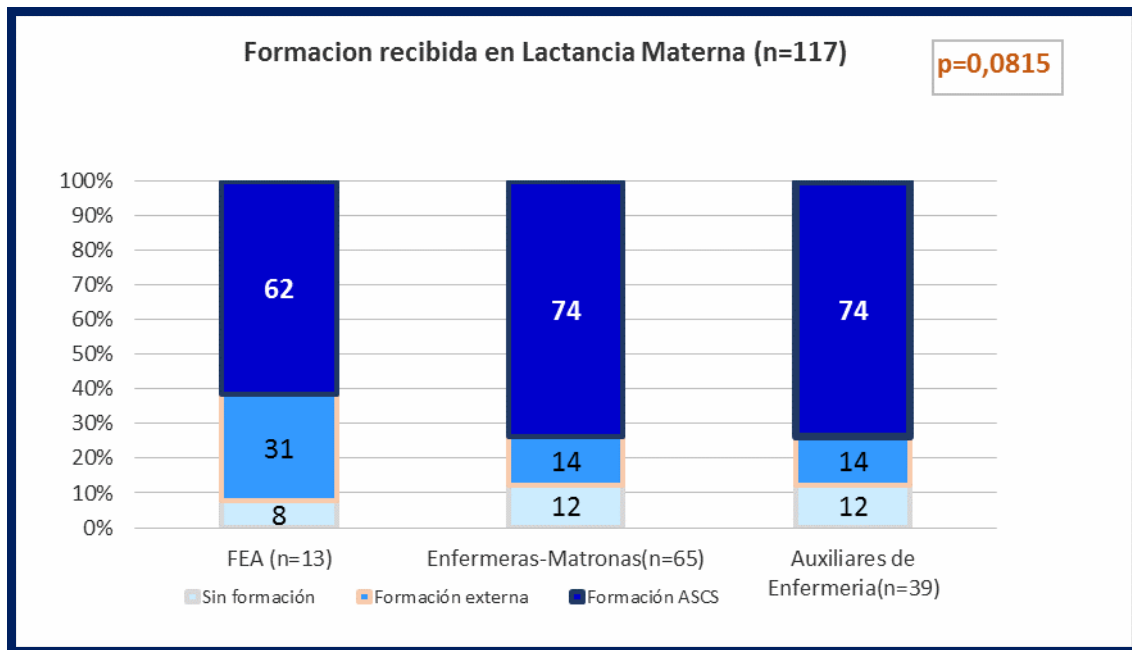
- **Criterio 01:**

Formación Mínima en LM según experiencia laboral (últimos tres años)

Del total de profesionales formados, el 47,8% (n=117) de ellos se formó de manera interna en el Hospital.

Del equipo de auxiliares de enfermería y de Enfermeras-Matronas se formaron respectivamente de manera interna, el 73,8% (n=31) y el 73,8% (n=48). Y del equipo de Facultativos el 61,5% (n=8).

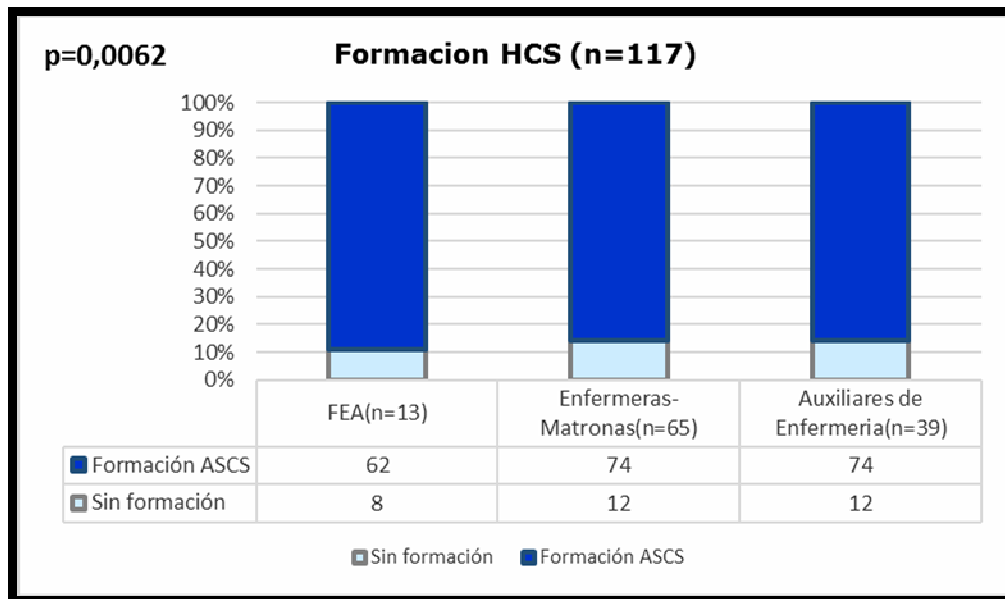
GRAFICO 4. PROFESIONALES FORMADOS EN LM



Los resultados señalan al colectivo de Enfermeras- Matronas (87,6%, n=57) y auxiliares de enfermería auxiliares de enfermería (87,6%, n=32) como los menos formados en Lactancia Materna, frente al FEA (92%, n=12), siendo la diferencia cercana a la significación ($p=0,0815$), puesto que el colectivo de FEA, son menos profesionales en relación con los otros dos colectivos.

Respecto al porcentaje de formación, fue mayor el porcentaje de profesionales formados de manera interna en el Hospital, frente a los que ya tenían formación previa a trabajar en él.

GRAFICO 5. RELACIÓN DE PROFESIONALES FORMADOS EN LM CON PLAN DE FORMACIÓN INTERNA.



Se formaron a nivel interno un 46,2% (n=6) de los FEA, un 73,8% (n=48) de Enfermera-Matrona y un 79,5% (n=31) del equipo de auxiliares de enfermería, con un resultado que linda con la significación de $p=0,0062$ a favor de los otros dos colectivos frente al de los FEA.

- **Criterio 02:**

Docencia impartida en Lactancia materna en los últimos tres años

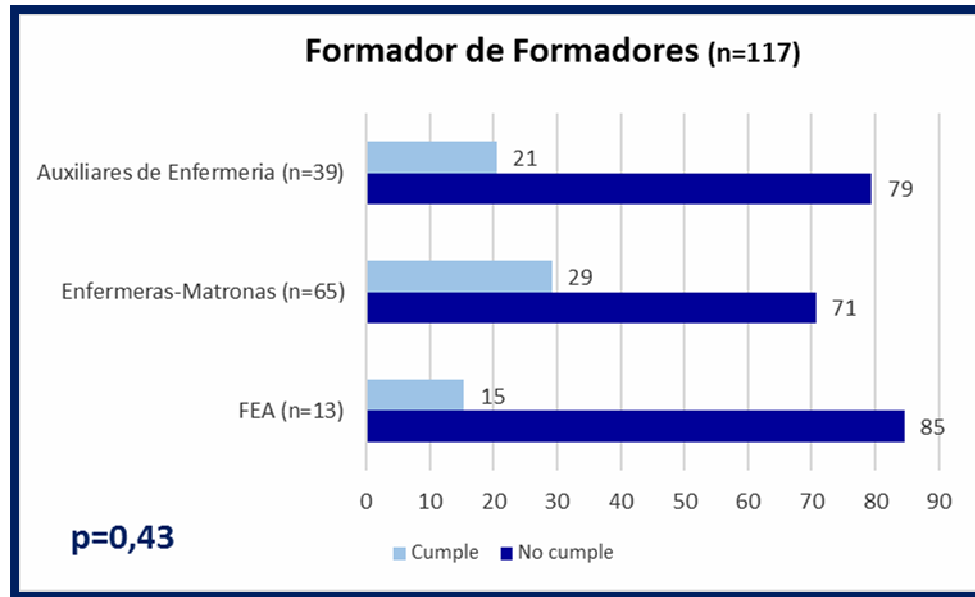
Existe actualmente un porcentaje de alrededor de un 60% de personal entre los tres colectivos que colaboran impartiendo formación en lactancia materna.

Del total de la muestra (n=117) han impartido docencia el 24,5% (n=29). De ellos destacaron el colectivo de Enfermeras-Matronas de las cuales un 29,2% (n=19) habían impartido formación relacionada con la LM, y de ellos 4 se habían formado como "Formador de formadores" a través del programa de formación de IHAN, y que han impartido docencia acreditada.

En el equipo de FEA también se identificaron 2 facultativos (15,4%) que imparten docencia relacionada con la lactancia materna. Siendo uno de ellos también "Formador de formadores" acreditado por la IHAN.

Respecto al equipo de auxiliares, impartieron docencia (acreditada y no acreditada) en 20,5% (n= 8), siendo la diferencia entre los tres colectivos no significativa con una $p=0,43$.

GRAFICO 6. RELACIÓN DE FORMADORES QUE HAN IMPARTIDO DOCENCIA EN LM EN HCS



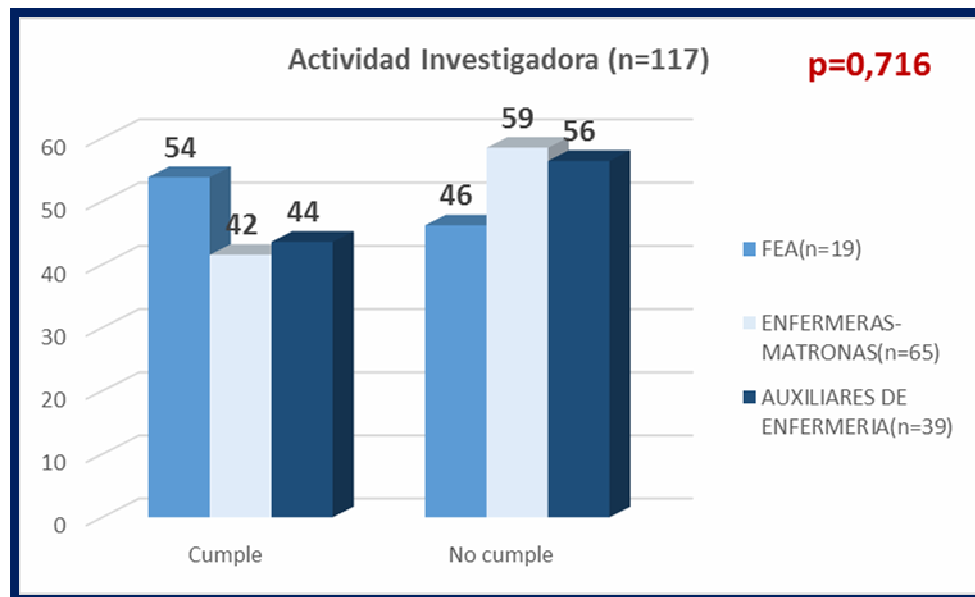
- **Criterio 03: Acción investigadora**

Con este criterio buscamos información respecto a cuantos de los profesionales del área maternal habían realizado algún tipo de actividad de estas características, y los resultados obtenidos fueron, del total de nuestra muestra $n=117$ el 43,6% habían realizado en algún momento de su actividad asistencial alguna actividad relacionada con la investigación.

Del total de profesionales, desgranamos la información por colectivos, identificando un total de 53,8% de FEA ($n=7$), un total de 41,5% de Enfermeras-Matronas ($n=27$), y un porcentaje de Auxiliares de enfermería que alcanza el 43,6% ($n=17$). Siendo el porcentaje obtenido no significativo en relación a la actividad de

un colectivo respecto a los otros dos, resultando un valor de $p=0,716$.

GRAFICO 7. ACTIVIDAD INVESTIGADORA RELACIONADA CON LA LM EN EL HCS



Entre las opciones de respuesta del cuestionario de profesionales, se encontraban las siguientes opciones de respuesta:

TABLA 14. CUESTIONARIO DE PROFESIONALES: PREGUNTA SOBRE ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Actividad investigadora sobre LM: *
1. Comunicación
2. Poster
3. Publicación
4. Colaboración en Proyecto de Investigación
5. Colaboración en elaboración de protocolos, guías etc.... relacionados con LM por objetivos del Área
6. Ninguna
7. Otra:

El porcentaje del personal facultativo (54%; n=7), que respondieron tener actividad investigadora, selecciono las opciones que se comprenden entre las opciones 1,2,3 mientras que el grupo de Enfermera- Matrona y Auxiliares de Enfermería, respondieron en su mayoría la opción número 5 (44%; n=46), y un 3% (n=3) la opción número 2 y tres personas seleccionaron la opción 1. Siendo el resultado no significativo respecto al desarrollo de actividad investigadora de un colectivo con respecto a otro. ($p=0,716$).

Estos dos últimos colectivos refirieron la colaboración en elaboración de protocolos, guías, adaptación de guías clínicas etc.... relacionados con la lactancia materna, e integrados en la DPPO, Política de dirección participativa por objetivos.

- **Criterio 04: Conoce iniciativa IHAN**

El Hospital Costa del Sol se integra en esta Iniciativa en el año 2006 recibiendo el reconocimiento de Hospital Acreditado por IHAN en el año 2010.

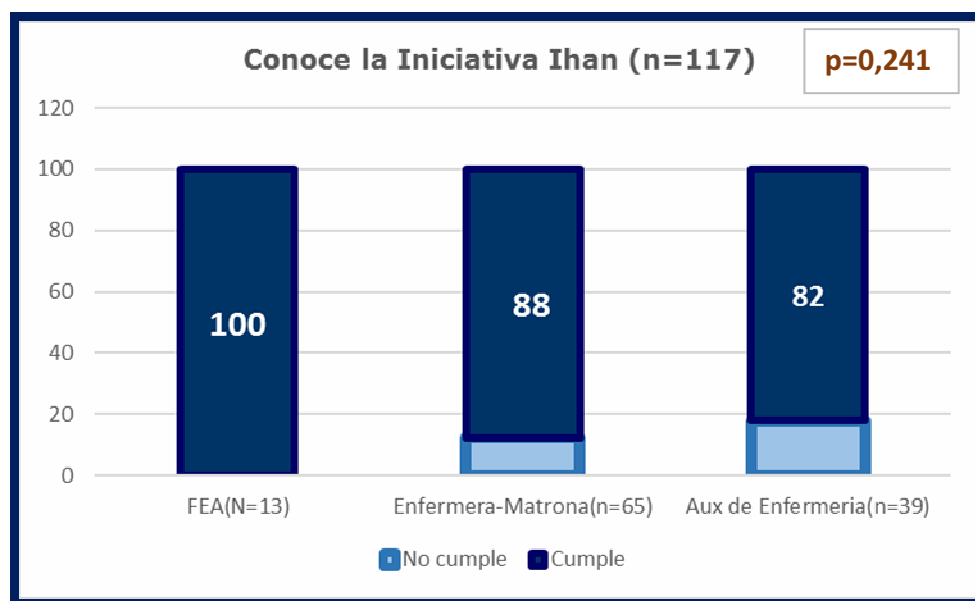


GRAFICO 8. CONOCEN INICIATIVA IHAN

El análisis de este criterio determinó que del total de la nuestra encuestada (n=117), el 87,2% (n=102) SI la conocen; no hallándose diferencias significativas entre los colectivos (p=0,241).

El 100% (n=13) de los FEA respondieron positivamente a esta pregunta, el siguiente colectivo que respondió en mayor porcentaje que si conocía la IHAN es el colectivo de Enfermeras-Matronas, con

un 87,7% que equivale a $n=57$, seguido del colectivo de auxiliares de enfermería con un 82,1% de la muestra ($n=32$).

- **Criterio 05:**

Durante la visita al Recién Nacido les explico a las madres los beneficios de la Lactancia Materna

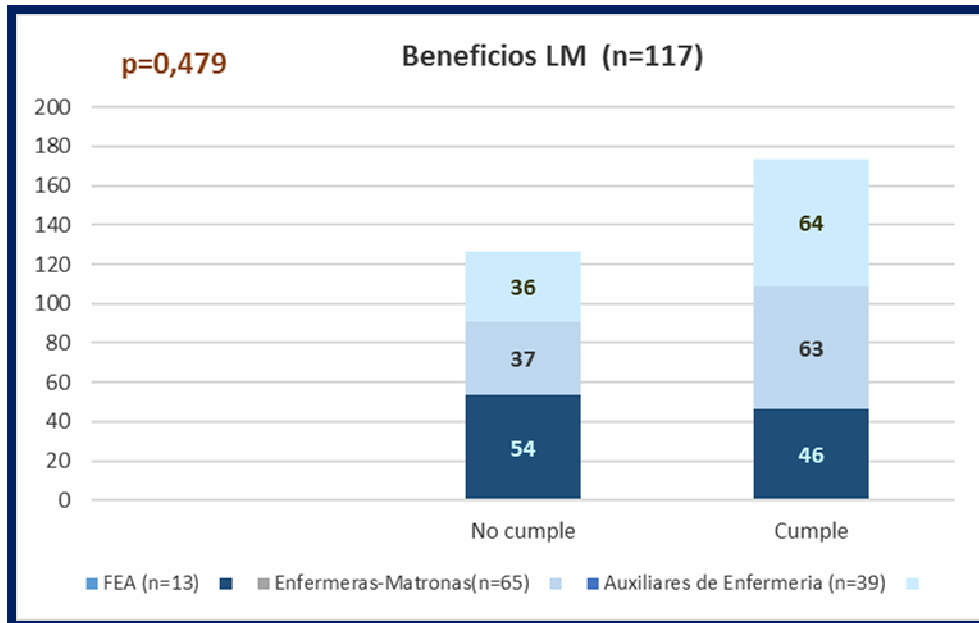
Si bien es resultado obtenido no es significativo ($p=0,479$) respecto a si un colectivo se implica más que el otro en este aspecto, procedo a continuación a detallar los resultados obtenidos en este criterio.

De la muestra total de profesionales encuestados $n=117$, es el 61,5% ($n=72$) del total el que respondió que durante la visita al recién nacido y a las madres le explicaba los beneficios de la LM, frente al 38,5% ($n=45$) que respondieron no hacerlo.

El colectivo de FEA cumplió este criterio en un 46,2% ($n=6$), respecto a los otros colectivos Enfermeras-Matronas con un 63,1% de cumplimiento equivaliendo a una $n=41$ y el colectivo de auxiliares de enfermería con un 64,1% de cumplimiento que equivale a un $n=25$ profesionales.



GRAFICO 9. PROFESIONALES QUE EXPLICAN BENEFICIOS DE LM

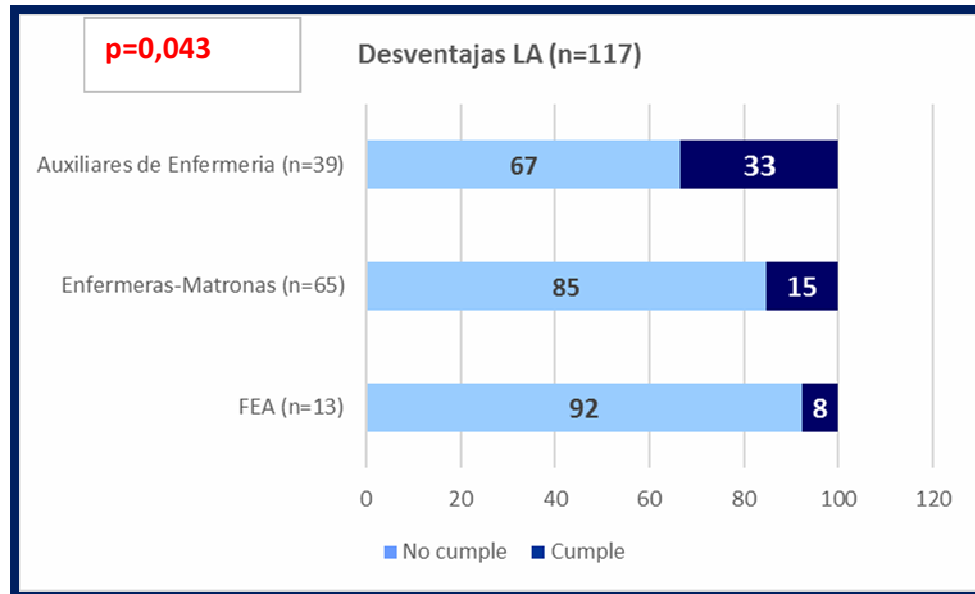


- **Criterio 06:**

¿Y les explico también los perjuicios de la Lactancia Artificial?

Los profesionales que respondieron positivamente a esta cuestión, y que explican los perjuicios de la lactancia materna, son los auxiliares de enfermería con un cumplimiento de un 33,3% (n=13), seguido del equipo de Enfermeras-Matronas que cumplieron con un 15,4% (n=10), seguido por el colectivo de FEA que respondieron que SI a esta cuestión en un 7,7% de la muestra (n=1). El resultado es significativo, de uno de los colectivos respecto a los otros dos, que resultó ser el colectivo de auxiliares de enfermería.

GRAFICO 10. PERSONAL QUE EXPLICA LAS DESVENTAJAS DE LA "LA" ARTIFICIAL



Cabe destacar en nuestros resultados que durante la realización de las encuestas más del 50% profesionales de las categorías de Enfermero-Matrona y auxiliares de enfermería, refirieron no haber recibido formación en lactancia artificial, y tener pocos conocimientos al respecto para poder aportárselos a las madres.

- **Criterio 07:**

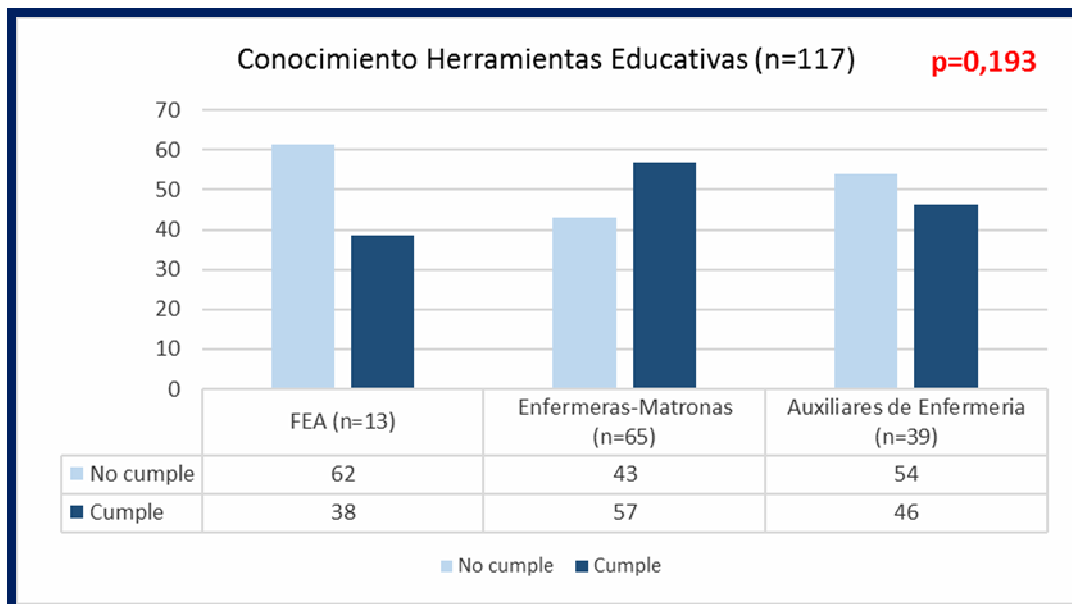
Cumplimiento de conocimiento de herramientas educativas sobre LM en el centro

A tenor de los resultados obtenidos, solo el 38,5% (n=5) de nuestros facultativos conocían nuestra política sobre Lactancia Materna,

nuestro colectivo de auxiliares lo conocía en un 46,2% (n=18) y el colectivo que identificamos como más formado en este aspecto es el compuesto por Enfermera-Matrona que la conocen en un 56,9% (n=37), no habiendo una diferencia significativa entre los tres colectivos (p=0,351).

El recurso más conocido verbalizado por un 40% (n=24) del total de la muestra que respondieron que si conocían alguna herramienta y respondieron adecuadamente (total de la muestra n=117; porcentaje de cumplimiento de este criterio respecto al total de la muestra es de 51,3% que equivale a un n=60) fue la "Política de Lactancia Materna HCS: 25 razones para dar el pecho.". ANEXO 10.

GRAFICO 11. IDENTIFICACIÓN DE HERRAMIENTAS EDUCATIVAS EN LM



Las herramientas más conocidas referidas por el personal son:

- Protocolo de Lactancia del Hospital Costa del Sol, pero de los que lo conocen (n=55) menos del 50% de esa muestra saben dónde localizarlo.
- Folletos informativos que entregamos a las madres en el plan de acogida y que se encuentran en la parte educativa de los televisores de las unidades maternas (n=20)
- La cartelería que hace referencia a las 25 razones para dar el pecho (n=24).
- Curiosamente solo 14 de los 60 profesionales que respondieron adecuadamente a esta cuestión refieren conocer la "Guía de lactancia materna para profesionales del Hospital Costa del Sol".

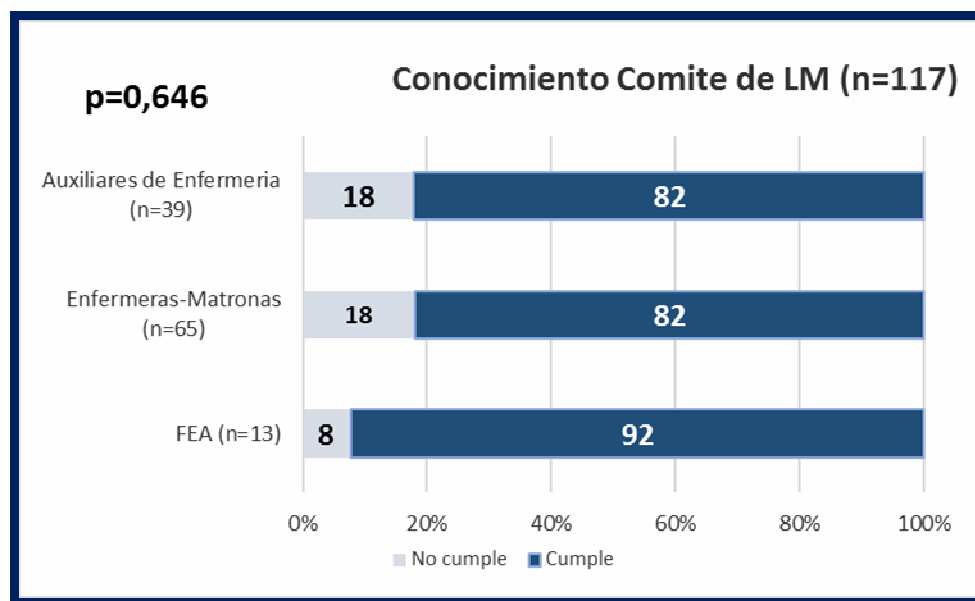
- **Criterio 08: Conocimiento Comité de LM**

El 83.3% (n=94) del total de los encuestados respondieron que SI a esta pregunta.

El 92,3% (n=12) de los profesionales FEA lo conocían, uno de ellos (7,7%) de la muestra respondió no conocer su existencia.

El colectivo de Enfermeras-Matronas lo conocían en un 82% equivalente a una muestra de 50 profesionales y el colectivo de auxiliares de enfermería lo conocían en un 82,1% (n=32). Sin ser un resultado significativo de un colectivo respecto a los otros (p=0,646).

GRAFICO 12. PROFESIONALES QUE RESPONDIERON CONOCER EL COMITÉ Y ALGUNA DE SUS ACTIVIDADES



- **Criterio 09: Cumplimiento de identificación de Recurso sobre LM externo al HCS**

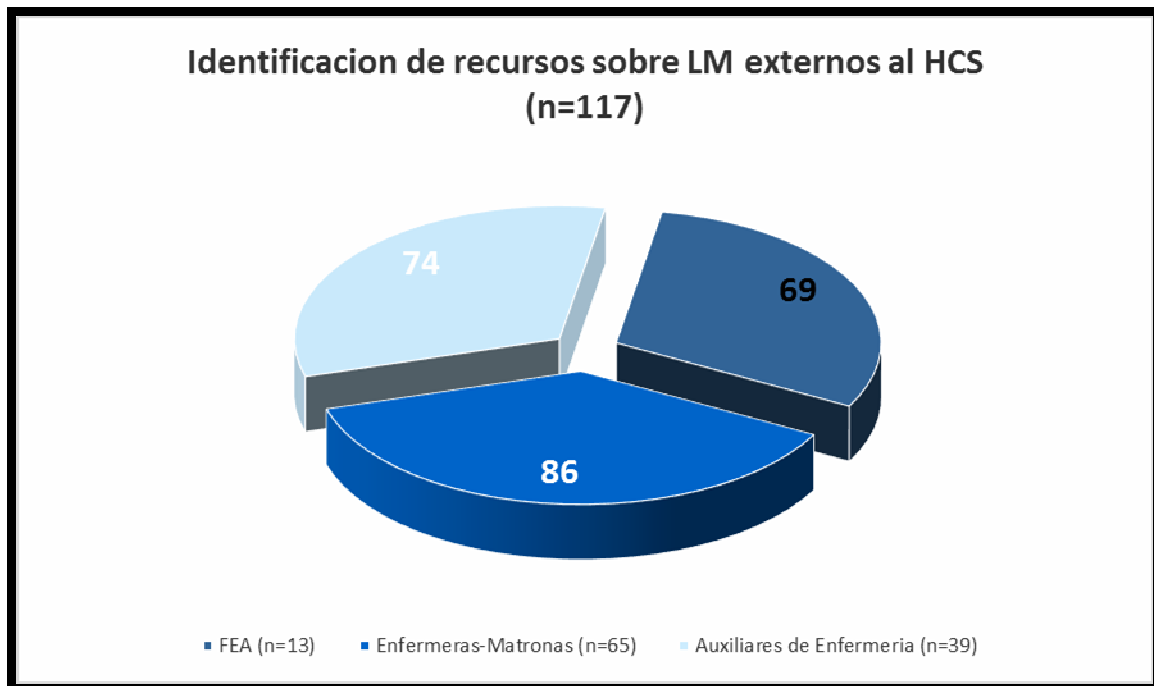
Con este criterio identificamos que porcentaje de profesionales conocían los recursos externos al Hospital y necesarios en el alta de las madres que optan por la lactancia materna.

Los resultados obtenidos en este ítem, aunque no significativamente, siendo el resultado de la $p=0,193$, nos indicaron que del total de profesionales facultativos el 69,2% ($n=9$) conocía la existencia de estos recursos, grupos de apoyo a la lactancia materna o teléfono de contacto que ofrece el Área Maternal del HCS, frente a un 30,8% del total de FEA que suponen un total de 4 pediatras/neonatólogos que no los conocían.

Del total del colectivo de Enfermeras-Matronas los identificaron un 86,2% ($n=50$) frente a un 18% ($n=11$) que no, y el colectivo de auxiliares que lo identifican en un 74,4% ($n=29$), frente a un 25,6% ($n=10$) que respondieron negativamente, no cumpliendo el criterio.



GRAFICO 13. IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS EXTERNOS COMO TELÉFONO, GRUPOS DE APOYO.... A LA LM (P=0,193)



- **Criterio 10: Aconseja habitualmente el "contacto piel con piel"**

Los resultados nos muestran con un resultado no significativo de $p=0,231$, que no existe una diferencia respecto a la aplicabilidad de este criterio por parte de los tres colectivos estudiados.

Del total de nuestra muestra (n=117), respondieron que aconsejan habitualmente la buena práctica del "Contacto piel con piel" el 73,5% (n=86) de nuestros profesionales.

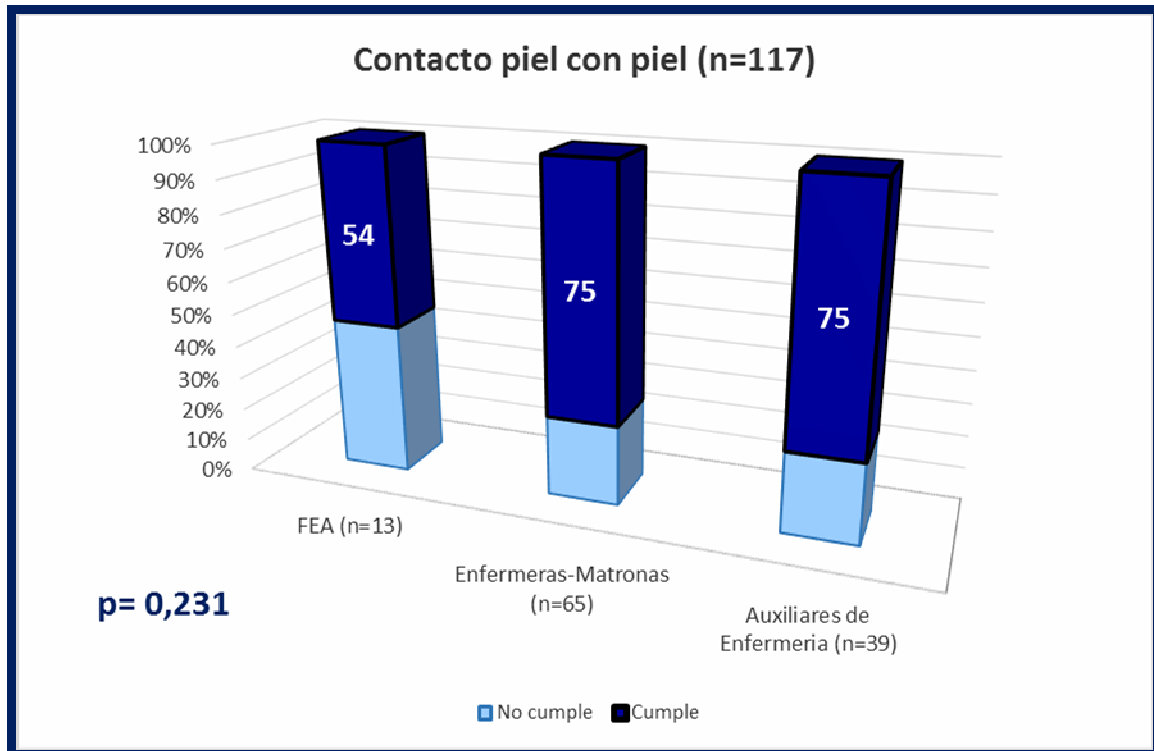
Los resultados por colectivos fueron los siguientes:

- El equipo de FEA (n=13) refirieron que el 53,5% (n=7) lo aconsejan de forma muy habitual, mientras que el 46,2% de ellos no lo hacen (n=6).
- El equipo de Enfermeras-Matronas (n=65) lo aconsejaron habitualmente en un 75,4% (n=49) respecto a un 24,6% (n=16) que refirieron que no.
- Por último, el colectivo de auxiliares de enfermería (n=39), que respondió en un 76,9% (n=30) que si lo aconsejaban frente a un 23,1% (n=9) que no lo hacen.

Los resultados no mostraron ningún tipo de significación respecto a la actuación de los tres tipos de colectivos analizados.



GRAFICO 14. RELACIÓN DE CONTACTO PIEL CON PIEL.



En este criterio, analizamos, además, si los profesionales identificaron algún beneficio de esta buena práctica, y si de esos beneficios alguno repercutió en la posterior fase de instauración de la lactancia materna.

Buscamos cuantos de los entrevistados reconocen como uno de los beneficios prioritarios el "vinculo - apego" y cuántos de ellos reconocen como beneficio la "Instauración de Lactancia materna".

Los resultados obtenidos son los siguientes:

Criterio 10.1. Beneficio identificado por los profesionales.

Refuerzo del "Vinculo-Apego":

Este ítem ha sido identificado con mayor proporción de elección antes que después de la lactancia materna. Este ítem fue identificado con mayor proporción de elección antes que la lactancia materna.

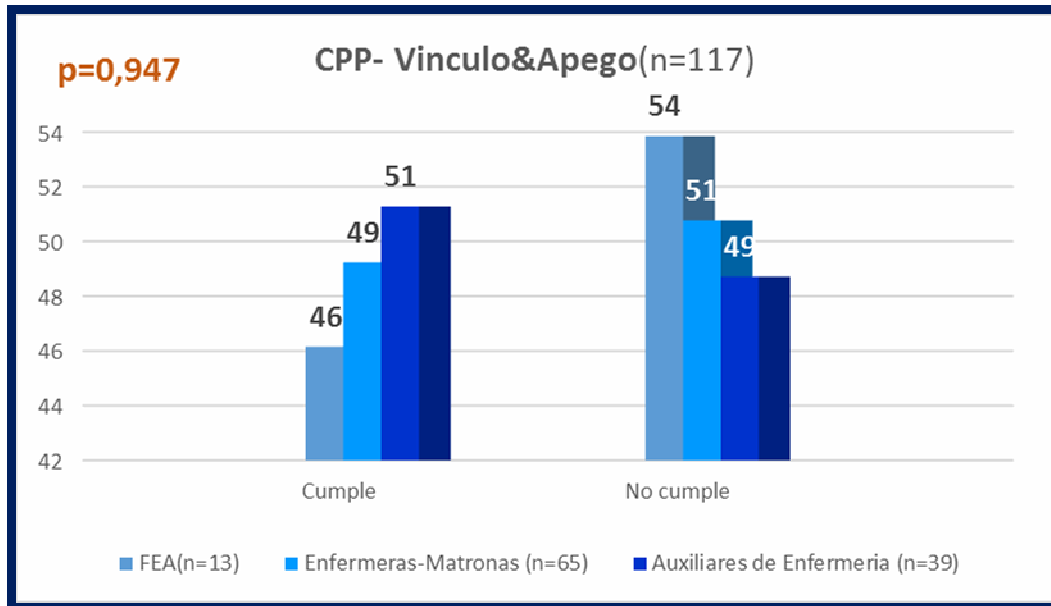
Tampoco existe una diferencia significativa respecto al resultado entre los tres colectivos, con una $p=0,947$. Siendo el personal facultativo ($n=13$) el que se destacó en un mayor porcentaje superior a la hora de identificar este beneficio.

El 46,2% ($n=6$) identificó este beneficio frente a un 53,8% ($n=7$) que identificaron otro tipo de beneficios sin tener en cuenta este como por ejemplo la termorregulación.

Del colectivo de Enfermeras-Matronas ($n=65$) el 49,2% ($n=32$) lo identificaron, un profesional menos respecto a los que no lo identificaron ($n=33$).

Del colectivo de auxiliares de enfermería el 51,3% ($n=20$) si lo identificaron como un beneficio, uno más, respecto a los que no lo identificaron ($n=19$).

GRAFICO 15. PROFESIONALES QUE IDENTIFICARON COMO BENEFICIO DEL CONTACTO PIEL CON PIEL EL V&A

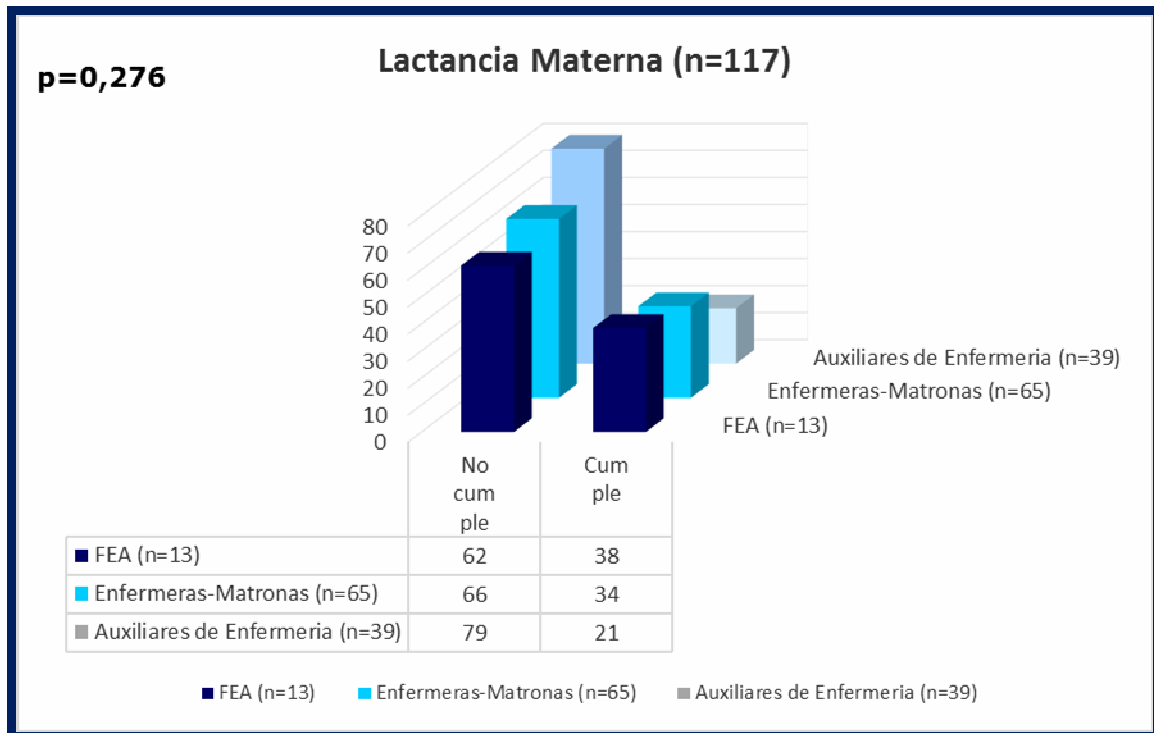


Criterio 10.2. Beneficio identificado por los profesionales.

Lactancia Materna:

Con un resultado no significativo ($p=0,276$), observamos que ninguno de los colectivos ha seleccionado este beneficio como primera opción. Siendo los FEA en pediatría el colectivo que la ha identificado en mayor proporción y el de auxiliares de enfermería el que menos.

GRAFICO 16.RELACIÓN DE PROFESIONALES QUE IDENTIFICARON LA LM COMO BENEFICIO DE CONTACTO PIEL CON PIEL



Son pocos los profesionales (n=117) que han identificado ambos beneficios a la vez en su respuesta, en total un 29,9% de la muestra que equivale a un total de n=35 profesionales. Los principales colectivos que identificaron este segundo beneficio fueron:

- FEA con un 38,5% (n=5) de la muestra
- Enfermeras-Matronas con un 33,8% (n=22) de la muestra
- Auxiliares de enfermería con un 20,5% (n=8) de la muestra

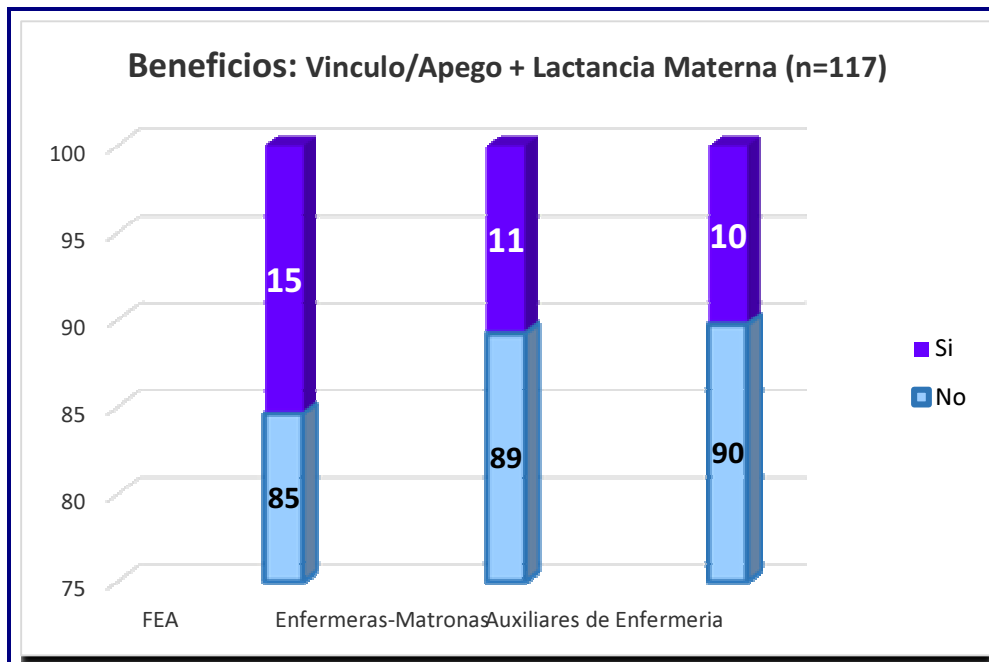


GRAFICO 17. PROFESIONALES QUE IDENTIFICARON LOS DOS BENEFICIOS A LA VEZ: LM Y V&A (P=0,871)

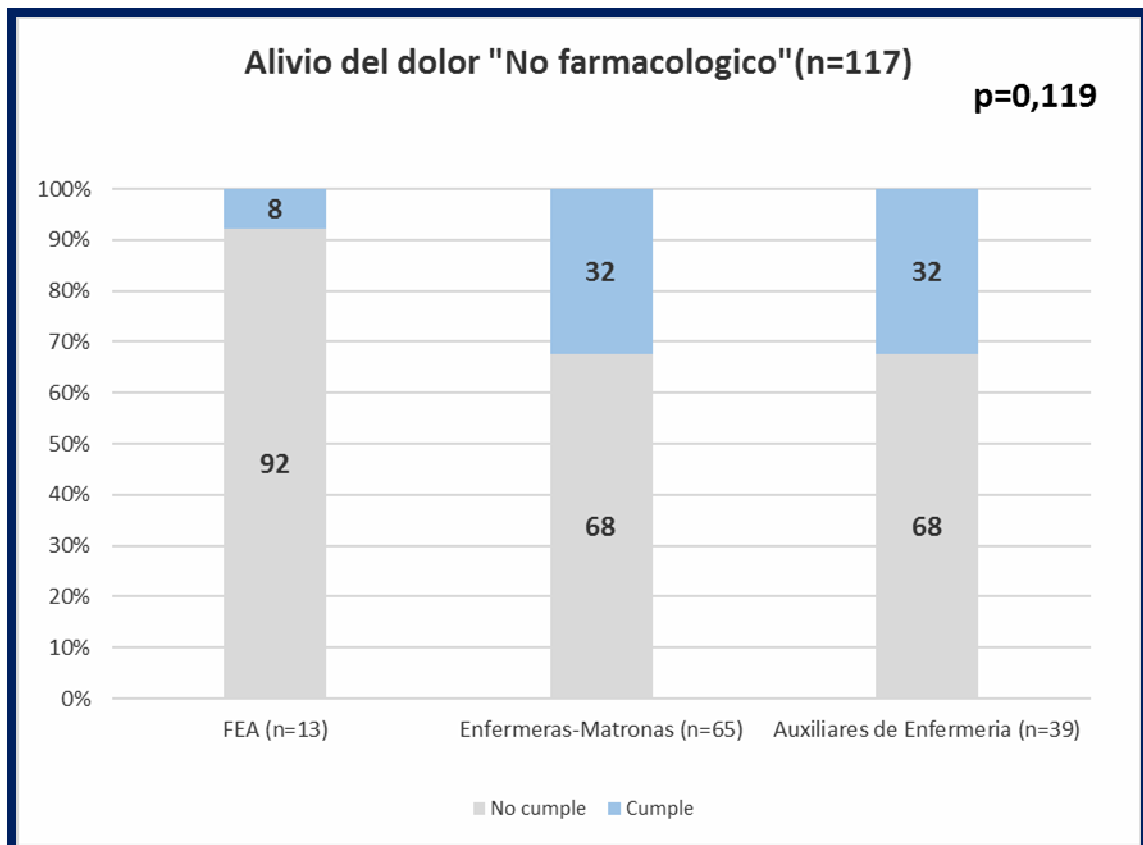
De los profesionales que respondieron a esta pregunta, se puede destacar algún colectivo es el de FEA (n=13), los cuales en un 15,4% (n=2) identificaron ambos beneficios a la vez, frente a un 10,8% (n=7) del equipo de Enfermeras-Matronas (n=65%) y las auxiliares de enfermería (n=39) que también identificaron ambos beneficios a la vez en un 10,3% (n=4).

La p nos da un resultado no significativo (p=0,871) respecto a las respuestas emitidas por los tres colectivos, dado que no existe una diferencia clara a favor de uno u otro. Los resultados son muy similares.

- **Criterio 11:**

Aconseja medidas "no farmacológicas" para el dolor si no están indicadas

GRAFICO 18. RELACIÓN DE PROFESIONALES QUE APLICAN MEDIDAS "NO FARMACOLÓGICAS" PARA EL MANEJO DEL DOLOR



El cumplimiento de este Criterio, se produce más por parte del personal auxiliar de enfermería (n=39) o del personal de Enfermería-Matronas (n=65) que en el de los propios facultativos (n=13).

Si bien es cierto la diferencia no es significativa ($p=0,119$), estamos ante un 7,7 % ($n=1$) de cumplimiento en el colectivo de FEA en pediatría, con respecto al 32,3% ($n=21$) del equipo de enfermería.

El personal auxiliar tiene un cumplimiento de un 20,5% que equivale a un total de 8 profesionales de la muestra total.

- **Criterio 12:**

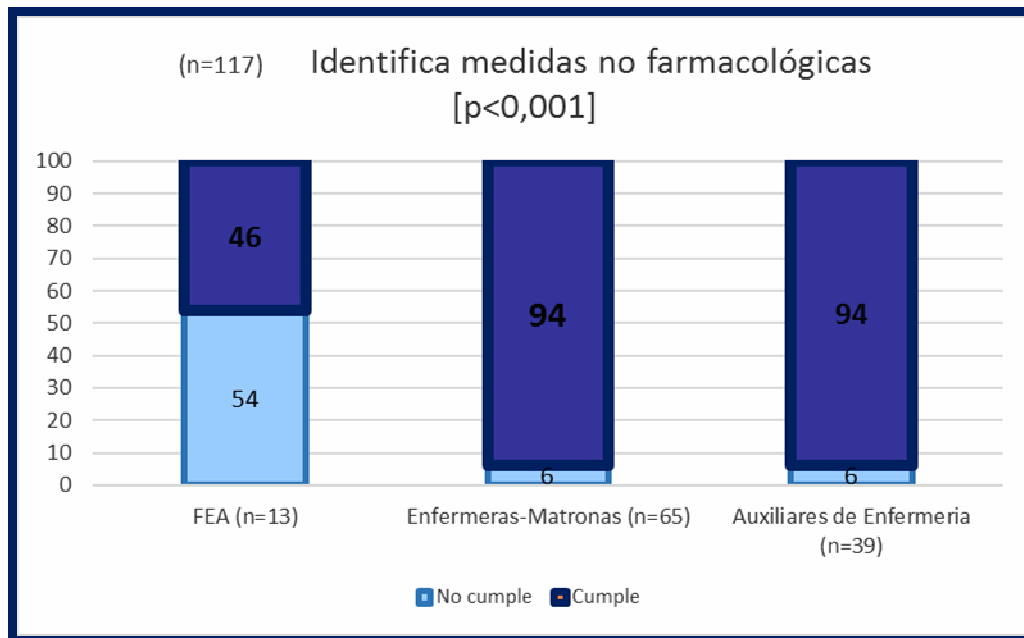
Identifica medidas no farmacológicas adecuadas

En relación con cuál de los tres colectivos con los que estamos trabajando identifica medidas farmacológicas, el resultado es significativo de $p<0,001$, en favor del equipo de enfermería, constituido por el colectivo de Enfermería-Matronas ($n=65$) y Auxiliares de enfermería ($n=39$) respecto al equipo médico ($n=13$), identificando medidas como la hidroterapia, o la tetaanalgesia entre muchas otras que son de aplicabilidad en nuestro entorno asistencial.

El resultado nos dice que el personal facultativo refiere conocerlas en un 46,2% ($n=6$) frente al equipo de enfermería que lo hace en un 93,8% ($n=61$). El personal auxiliar de enfermería lo cumple en un 76,9% ($n=30$).

Aclarando que la respuesta a esta pregunta no es solo si o no, sino que debían indicar al menos dos alternativas no farmacológicas.

GRAFICO 19. RELACIÓN DE PROFESIONALES QUE IDENTIFICARON MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS



Entre las respuestas facilitadas por el personal facultativo están el pecho (tetaanalgesia y succión no nutritiva), la sacarosa o el masaje para aliviar el cólico del bebe.

Y el resto de profesionales además de referir algunas respuestas de las anteriores, contestaron la hidroterapia, uso de pelota en el proceso de dilatación, y escasamente tres personas hicieron referencia a la técnica de "Marmet", el uso de compresas calientes o a los cuidados de la piel del pecho de la madre, o zona perianal para

prevenir lesiones o detectarlas e intervenir para evitar complicaciones mayores.

- **Criterio 13:**

Identificación de momento adecuado de búsqueda de información (entrevista/anamnesis);

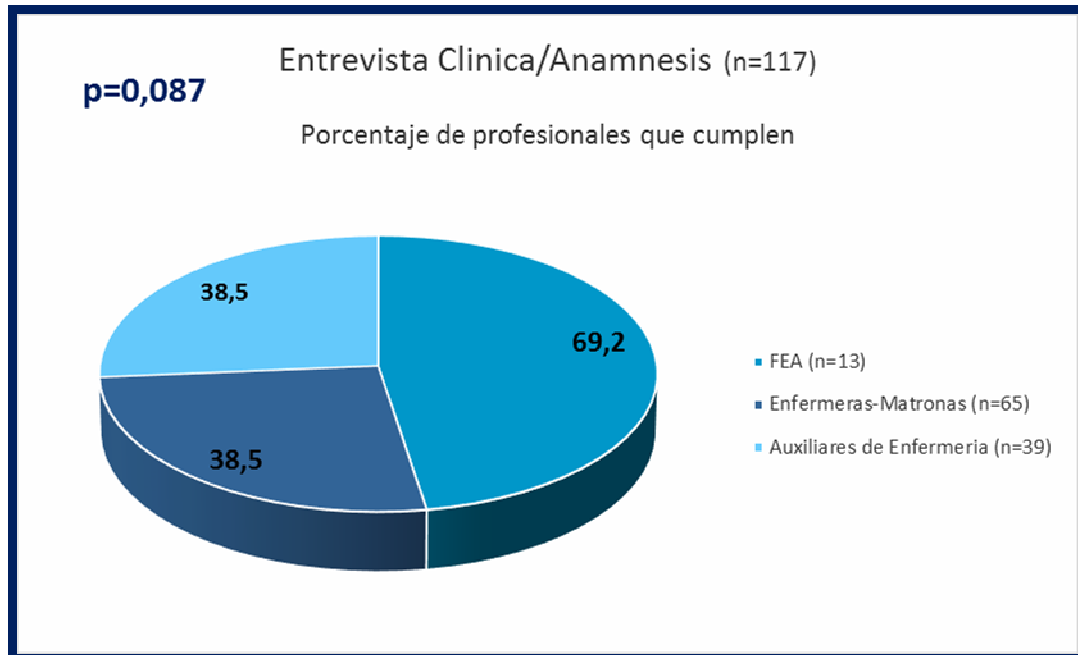
Realizar una adecuada valoración de los factores de riesgo asociados de forma individual, es uno de los aspectos a tener en cuenta en nuestra intervención en el proceso de atención a las madres.

En este criterio pretendimos determinar si el personal asistencial realiza una adecuada valoración de las pacientes, pudiendo identificar los riesgos de LM, cuando lo realizan y como.

En este caso, el resultado es casi significativo ($p=0,087$); respecto al cumplimiento del personal facultativo ($n=13$) el que en un 69,2% ($n=9$) de los casos realizo una entrevista clínica con su correspondiente anamnesis frente al 38,2% ($n=25$) del colectivo Enfermeras-Matronas ($n=65$) o el de Auxiliares de Enfermería ($n=39$) que respondió que lo cumplía un 35,9% ($n=14$) de los profesionales.

De ello dependerán muchas de las intervenciones que se van a realizar a posteriori durante su estancia hospitalaria.

GRAFICO 20. RELACIÓN DE PROFESIONALES QUE REALIZAN HISTORIA DE LACTANCIA EN SU PRÁCTICA DIARIA



- **Criterio 14: Actitud de modificación de prácticas para favorecer la LM**

Este criterio responde a una pregunta respecto a si el personal asistencial aceptaría cambios en su rutina de trabajo, para favorecer la lactancia materna.

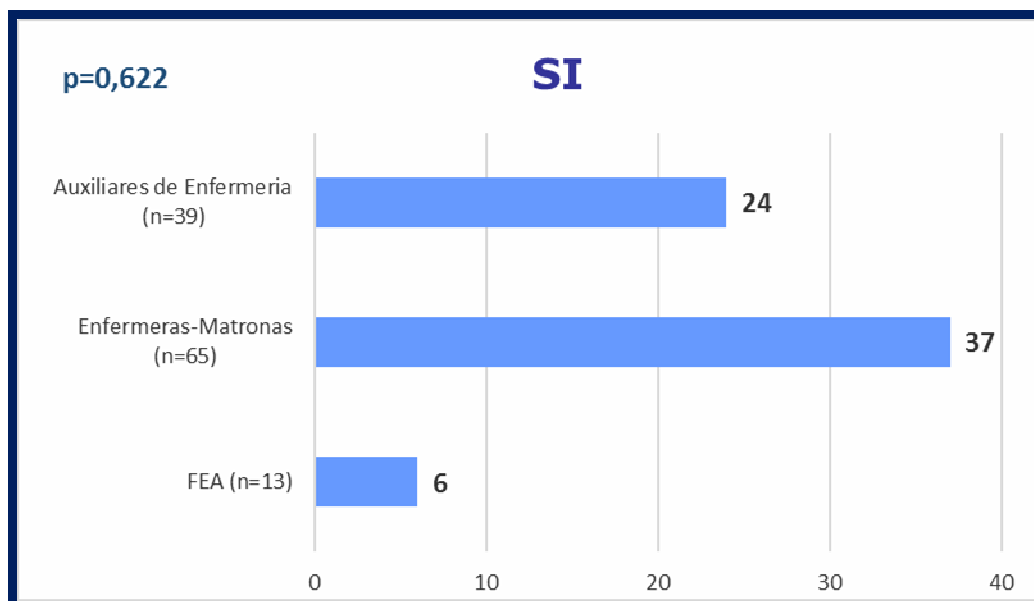
Las tres categorías responden el un porcentaje muy similar respecto a su intención de modificar conductas en favor de la promoción de la lactancia materna.

Del total de profesionales que integran nuestra muestra (n=117), el 57,3% (n=67), algo más de la mitad de ella, respondieron que si

estarían de acuerdo en modificar o adaptar prácticas que beneficiaran el proceso de lactancia materna.

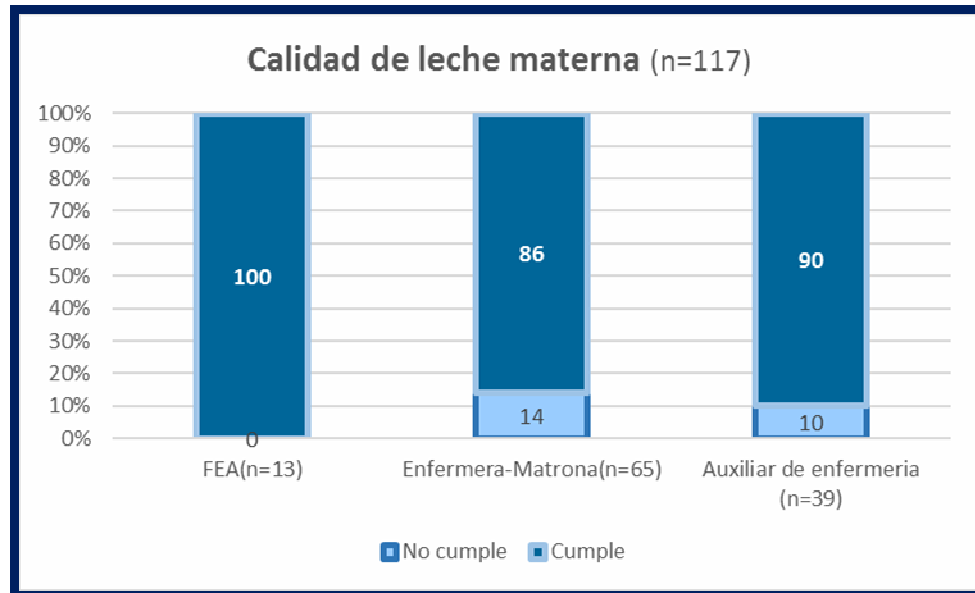
Con un valor de un 46,2% (n=6) de respuestas positivas por parte del colectivo de facultativos (n=13) junto con el de Enfermeras-Matronas (n=65) de un 56,9% (n=37), y una aceptación de cambio de 61,5% (n=24) del equipo de auxiliares de enfermería, estos dos últimos colectivos están por encima del 50% respecto a la intención de adaptarse al cambio, destacando un poco por encima el colectivo de auxiliares de enfermería.

GRAFICO 21. PROFESIONALES QUE SI MODIFICARÍAN HÁBITOS PARA FAVORECER LA LM



A pesar de ello el resultado no es significativo ($p=0,622$) respecto a la intención de cambio por parte de ninguno de los tres colectivos.

- **Criterio 15: Calidad de la leche materna**

GRAFICO 22. OPINIÓN DEL PERSONAL RESPECTO A LA CALIDAD DE LA LECHE MATERNA ($P=0,342$)

“No cumplen” este criterio un total de un 11,1 % (n=13) del total de los encuestados (n=117). Quiere decir que existe un porcentaje de profesionales que consideran que la leche materna no siempre es de buena calidad. Con un resultado escasamente significativo respecto a la diferencia de opinión entre los tres colectivos ($p=0,342$).

De ese 11,1% (n=13) un 80% (n=10) piensan que la dieta de la madre influye en la calidad de la leche.

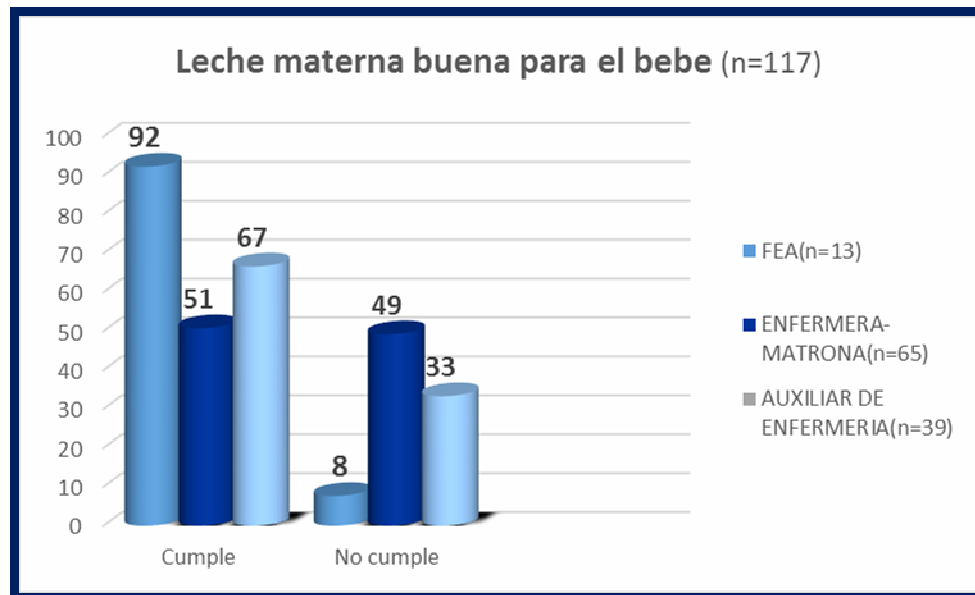
Un 10,3% (n=4) de auxiliares de enfermería (n=39) y un 13,8% (n=9) de Enfermeras-Matronas (n=65) lo piensan.

Aunque la diferencia no es significativa ($p=0,342$), el conjunto de FEA al 100% defienden esta opción frente a los otros dos colectivos.

- **Criterio 16: ¿Es la leche materna de su madre lo mejor para un bebe?**

El 39,3% ($n=46$) de los profesionales ($n=117$) no lo pensaban y así lo reflejaron en la encuesta. Frente a un 60,7% ($n=34$) que consideraron que la leche materna SI es "lo mejor" para su recién/es nacido/s.

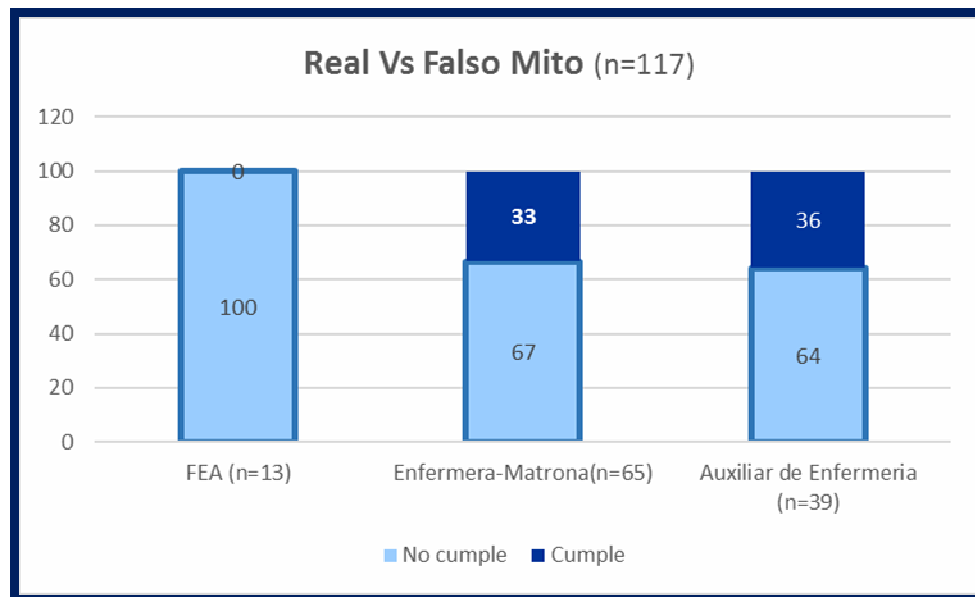
Con una significación de $p=0,013$, existe una diferencia clara entre el colectivo de FEA ($n=13$), los cuales contestaron que NO a esta pregunta en un 8% ($n=1$), frente a un 33,3% ($n=13$) y un 49,2% ($n=32$) respondido por auxiliares de enfermería ($n=39$) y el conjunto de Enfermera-Matrona ($n=65$) respectivamente.

GRAFICO 23. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES RESPECTO A LA LECHE MATERNA (**P=0,013**)

- Criterio 16b: Justificación o falso mito

Del porcentaje de profesionales (n=117) que respondieron a la pregunta anterior negativamente (39,3%; n=46), tenían que explicar “por qué” en una pregunta con campo abierto.

Nos interesó saber cuántos, de los motivos expuestos por los profesionales, puede clasificarse como contraindicaciones reales de la lactancia materna o como ¿Falsos Mitos?

GRAFICO 24. RELACIÓN ENTRE LAS RESPUESTAS VERDADERAS Y LOS FALSOS MITOS RESPECTO A LA CALIDAD DE LA LECHE MATERNA (P=0,765)

Pues una vez analizadas las respuestas obtenidas y según la clasificación de Contraindicación real o Falso mito, obtuvimos, aunque un resultado poco significativo ($p=0,765$) en cuanto a una escasa diferencia entre los grupos que discreparon con que "la leche materna siempre es leche de calidad" siendo en un 100% Contraindicaciones reales las respuestas de los FEA ($n=13$), frente a los otros dos grupos con resultados muy similares.

Ambos grupos Enfermeras-Matrona ($n=65$) en un 66,7% ($n=24$) y auxiliares de enfermería ($n=39$) en un 64,3% ($n=9$) expusieron motivos por los que consideraban que la leche materna "No es lo mejor para su bebe", y de esos motivos comentados por ambos colectivos un 60% de ellos se correspondieron con falsos mitos y

alrededor del otro 30% de los motivos si se corresponden con contraindicaciones reales.

Las respuestas más repetidas respecto a las contraindicaciones reales son: madres dependientes de drogas y abuso y VIH.

Falsos mitos más respondidos:

- Medicación de la madre
- Escasez de leche porque la madre dice que no tiene leche
- Madres fumadoras
- Mastitis

- **Criterio 18: Relación psico-emocional**

Este criterio cumple al 100 % (n=117) por parte de los tres colectivos. Los tres estuvieron de acuerdo en que el contacto piel con piel, junto con la puesta al pecho inmediata, favorecen este tipo de relación entre en tándem madre-recién, incluso en el conjunto madre-recién nacido-padre. La significación del resultado obtenido a través de las respuestas del conjunto de profesionales equivale a $p=1$.



GRAFICO 25. RESPUESTA UNÁNIME RESPECTO A OTRO DE LOS BENEFICIOS DE LA LM

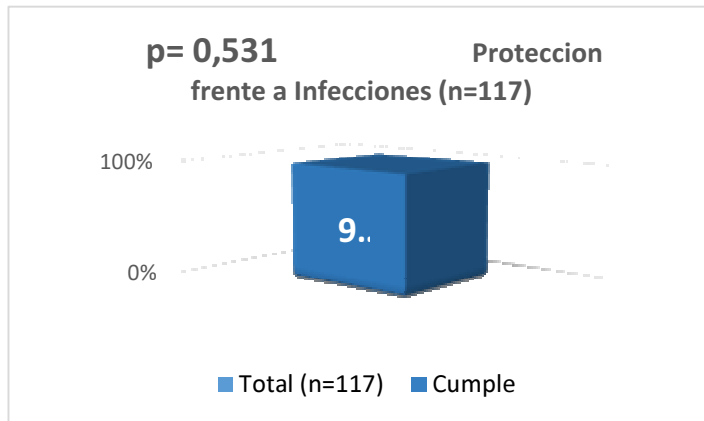


- **Criterio 19: Prevención frente a infecciones**

El porcentaje de respuestas positivas es elevado, concretamente de un 94,9% (n=111) del total de la muestra de profesionales compuesta por los tres colectivos (n=117).

No existiendo diferencias significativas en las respuestas de los mismos respecto a esta cuestión (p=0,531).

GRAFICO 26. EL 95% DE LOS PROFESIONALES ESTÁN DE ACUERDO CON ESTA AFIRMACIÓN



Existe un porcentaje de profesionales que considero que NO, que la leche materna no protege siempre al bebe de infecciones, concretamente frente al 100% del colectivo de FEA que respondió que sí (n=13), el colectivo de Enfermeras-Matronas respondió que no en un 4,6% (n=3) y el colectivo de auxiliares de enfermería lo hizo en un 7,7% (n=3).

TABLA 15. TASA DE CRITERIOS COMUNES DE CUMPLIMIENTOS GLOBAL.

	Total (n=117)		FEA (n=13)		Enfermeras- Matronas (n=65)		Auxiliares de Enfermería (n=39)		p
Tasa Criterios Comunes Cumplidos (%)									
Media – DE	63,6	13,8	61,9	15,1	63,8	11,4	63,7	17,0	0,903

Globalmente, entre 19 criterios valorados hemos identificados 7 criterios con un cumplimiento entre los profesionales sanitarios del servicio del área maternal superior al 75%, frente a 9 criterios por debajo del 50%.

Finalmente, se construyó con los 19 criterios evaluados de la IHAN una tasa de cumplimiento, siendo para el total de la muestra del 63,6% (DE=13,8), no hallándose diferencias significativas en dicha tasa en la distribución entre colectivos.

12.1.3. Análisis de Percepciones de los profesionales

En este apartado se analizó la percepción de los profesionales respecto a dos aspectos, por un lado, conocer que opinan respecto a si las madres que no están suficientemente informadas, tienen más ansiedad que las que si lo están, y por otro lado responder a una de las afirmaciones que se obtuvieron en un análisis de grupos focales

que se realizó en el año 2009, en el Hospital Costa del Sol y al que me he referido previamente.

TABLA 16. TABLA DE PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

	FEA (n=13)		Enfermeras-Matronas (n=65)		Auxiliares Enfermería (n=39)		p
	n	%	n	%	n	%	
Percepción1: Percepción suficiente información a las madres sobre LM							
No Adecuada	13	100,0	63	96,9	37	94,9	0,66
Adecuada	0	0,0	2	3,1	2	5,1	
Percepción3: ¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación?: "Una de las principales barreras identificadas por las madres en el proceso de instauración de la lactancia materna, es la presión generada por los propios profesionales"							
En desacuerdo	3	23,1	34	52,3	15	38,5	0,1
Acuerdo	10	76,9	31	47,7	24	61,5	

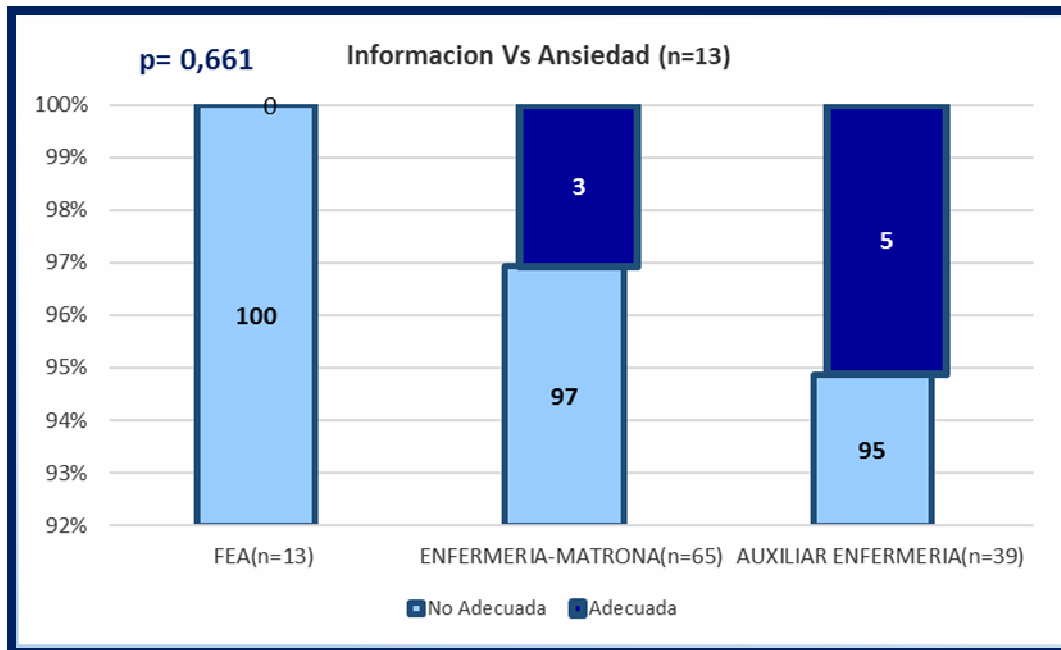
A continuación, detallamos el contenido de la Tabla 15.

- **Percepción 1: ¿Considera que las madres con ansiedad frente a la LM están bien informadas?**

En esta pregunta se evaluó la opinión de los profesionales respecto a si la ansiedad verbalizada por muchas de nuestras madres en los

grupos focales, está relacionada con falta de información, en el parto y en el postparto.

GRAFICO 27. RELACIÓN DE PROFESIONALES QUE OPINAN QUE LAS MADRES MÁS INFORMADAS, ESTÁN MENOS ANSIOSAS

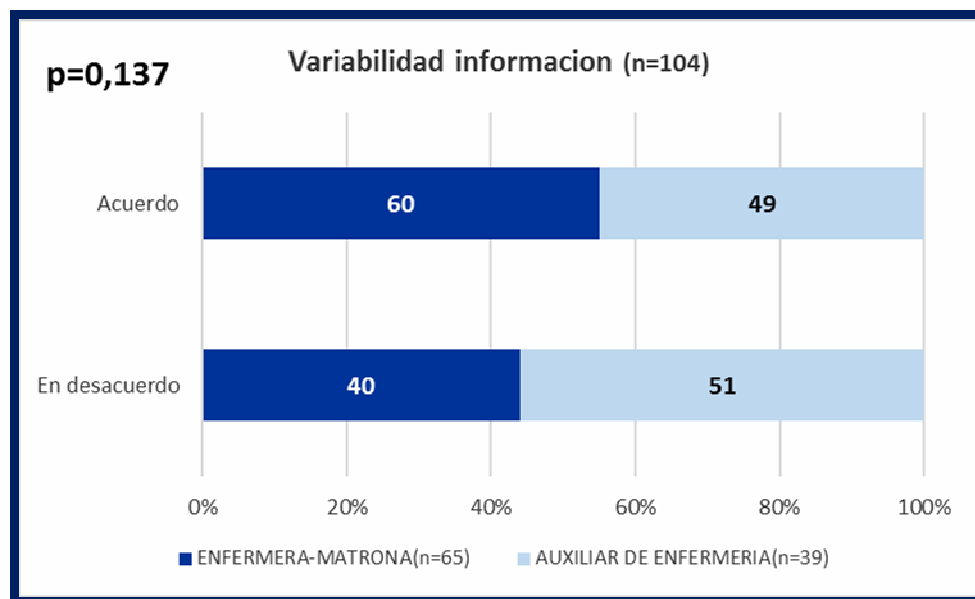


Nuestros profesionales respondieron a esta cuestión de la siguiente manera: en un 100% los FEA (n=13), un 97% (n=63) el grupo de Enfermera-Matrona (n=65) y un 95% (n=37) el grupo de auxiliares de enfermería (n=39) que, SI (no adecuado) a que a las madres les falta información, sobre todo de educación prenatal, y de preparación al parto y a la lactancia. Y que esto influye directamente en su estado de ansiedad.

No existe significación respecto a los resultados ($P=0,661$), dado que los tres colectivos han respondido de manera muy similar.

- **Percepción 2: Variabilidad de la información/educación facilitada a las madres por el personal del equipo de enfermería**

GRAFICO 28. PERCEPCIÓN RESPECTO A LA VARIABILIDAD EN LA INFORMACIÓN FACILITADA A LAS MADRES



Los resultados a esta pregunta fueron, el 60% (n=39) de las enfermeras (n=65) opinan que si existe variabilidad frente al 40% (n=26) que no lo consideran. Resultados en los que no se identifica una diferencia significativa respecto a la implicación de uno u otro colectivo en este aspecto ($p=0,137$).

- **Percepción 3: ¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación?: "Una de las principales barreras identificadas por las madres en el proceso de instauración de la lactancia materna, es la presión generada por los propios profesionales" (Presión generada respecto a la toma de decisiones y al inicio de la LM).**

Esta pregunta se ha hecho a los dos grupos, a madres y a profesionales.

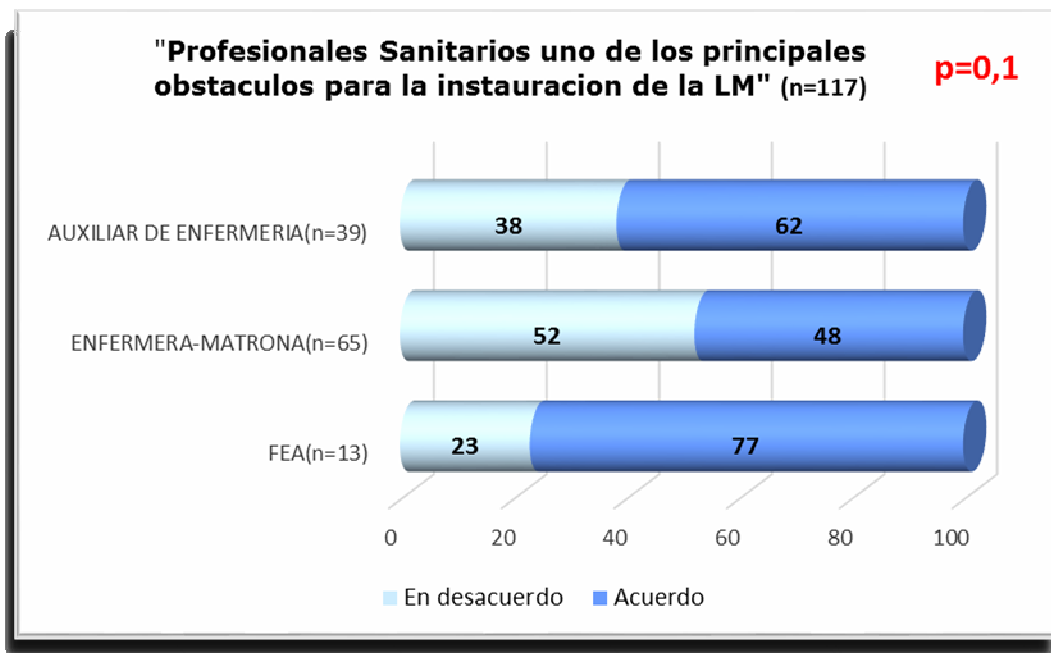
El resultado de los profesionales (n=117) ha sido:

Con unos resultados que no tienen significación, siendo esta de $p=0,1$, en cuanto a la diferencia de respuesta entre las tres categorías profesionales, si cabe destacar que de los tres colectivos entrevistados en dos de ellos más del 50% de los profesionales verbalizaron "ESTAR DE ACUERDO" con esta afirmación. Siendo el colectivo de Enfermera-Matrona (n=65) el que difiere un poco más en el mismo, alcanzando un 48% (N=31) de porcentaje de acuerdo frente a un 52% (n=34) de desacuerdo frente a esta afirmación.

El personal facultativo (n=13) está de acuerdo con la afirmación en un 76,9% (n=10), frente a un 23,1% (n=3) que no lo están, y respecto al personal auxiliar de enfermería 61,5 por ciento estuvieron

de acuerdo con la afirmación frente al 38,5% (n=15) que manifestaron no estarlo.

GRAFICO 29. RESPUESTAS A LA AFIRMACIÓN PLANTEADA RESPECTO AL PAPEL DE LOS PROFESIONALES EN EL PROCESO DE INSTAURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA



12.1.4. Criterios de “Buenas Prácticas Profesionales” del

Equipo de Enfermería :

TABLA 17. TABLA DE CRITERIOS DE BUENAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

	Enfermeras-Matronas (n=65)		Auxiliares de Enfermería (n=39)		p
	n	%	n	%	
Criterio 01 Enfermería y Aux. – Formación en Lactancia Artificial					
No cumple	36	55,4	22	56,4	1,00
Cumple	29	44,6	17	43,6	
Criterio 02 Enfermería: Evaluación de la toma LM					
No cumple	28	43,1	14	35,9	0,61
Cumple	37	56,9	25	64,1	

En la tabla 16 se detallan los criterios de Buenas prácticas que corresponden al equipo de enfermería, y que forman parte de la intervención enfermera que no se habían evaluado previamente.

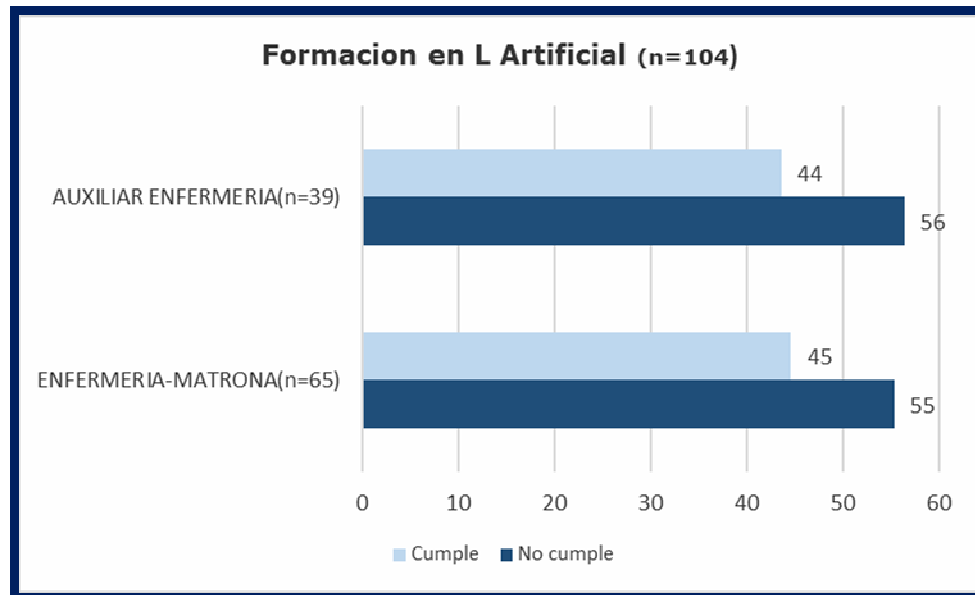
Por un lado, la formación que tienen ambos colectivos en Lactancia Artificial, para poder explicar prejuicios a las madres que manifiestan “Intención de lactar”, así como para poder ayudar a las madres que optan por la Lactancia Artificial o mixta.

Las muestras son 65 profesionales del colectivo Enfermeras-Matronas y 39 del colectivo al que pertenecen las auxiliares de enfermería.

A continuación, procedemos a detallar el contenido de la tabla:

- **Criterio 01. Enfermería: Formación recibida respecto a Lactancia Artificial**

GRAFICO 30. RELACIÓN DE PROFESIONALES CON FORMACIÓN EN LM ARTIFICIAL (P=1)



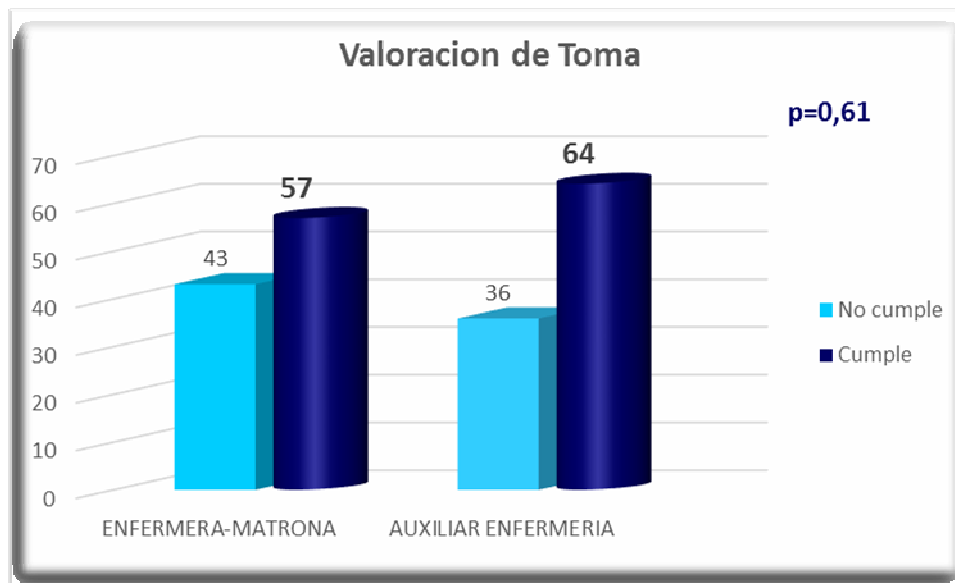
Con un resultado escasamente significativo ($p=1,0$), las dos categorías a las que se les ha planteado esta cuestión responden de forma muy similar, un 44% ($n=17$) del colectivo auxiliar de enfermería ($n=39$) refieren haber recibido formación o instrucción respecto a la lactancia artificial, así como el conjunto Enfermera-Matrona ($n=65$) refiere hacerlo en un 45% ($n=29$). En esta cuestión ambos colectivos refirieron entregar trípticos informativos a las madres, más que pararse a explicarles a las madres el procedimiento.

- **Criterio 02. Enfermería: ¿Realizas habitualmente la Intervención “Valoración presencial de la Toma”?**

Es la “Intervención Enfermera” por excelencia que se realiza en el área maternal.

De los resultados obtenidos en la encuesta respondidos por los dos colectivos que componen el equipo asistencial de enfermería, Auxiliares de enfermería (n=39), y Enfermera-Matrona (n=65), que a nuestra pregunta respondieron que SI, que realizaron esta intervención en un 64% (n=25) y 57% (n=37) de los casos respectivamente.

GRAFICO 31. RESULTADO BUENA PRÁCTICA VALORACIÓN DE LA TOMA



- Criterio 02.1. Enfermería: Cuantos minutos (+-) sueles invertir en una "Valoración presencial de la Toma":

Del total de la muestra que indicaron realizar de forma habitual esta intervención, fueron 62% (n=64) de un total de 104 que componen la muestra, los que respondieron de forma óptima; presentando las siguientes respuestas:

- "Depende del tiempo que necesite cada madre"
- "Tanto como sea necesario en cada caso"
- "Lo que haga falta depende de si esta instaurada la lactancia"
- "el tiempo necesario para favorecer la lactancia"

- "Lo que precise la paciente"
- "depende de la mujer, pero entre 15 y 30 minutos habitualmente"
- "No hay minutos exactos, ya que depende del agarre del niño al pezón y si está o no la Lactancia instaurada"

Del total de la muestra que indicaron realizar de forma habitual esta intervención, fueron 62 de un total de 104 que componen la muestra, los que respondieron de esta manera. Equivale a un 59,6 % de la muestra.

- **Criterio 02.2. Enfermería: Cada cuanto tiempo consideras necesario realizar una reevaluación presencial de la toma:**

Estas fueron las opciones de respuesta a elegir:

a) Una vez por turno
b) Cada 4 horas
c) Cada turno hasta que se vaya de alta
d) Siempre que sea preciso, hasta que se realice de manera adecuada

- Opción incorrecta: la b.

- Opción óptima: D.
- Opciones A y C: es válida.

La opción incorrecta fue respondida por el 2 por ciento de la muestra.

Del 57% y 64% que respectivamente respondieron que realizaron habitualmente una valoración de toma, respondieron correctamente a las opciones a y del 71% de la muestra, el resto respondieron la opción C.

12.1.5. Criterios Facultativos:

En la Tabla 8 que exponemos a continuación se detallan Criterios que son de cumplimiento exclusivamente facultativo y que consideramos necesarios incluir en nuestro estudio.

TABLA 18. TABLA DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS FACULTATIVOS

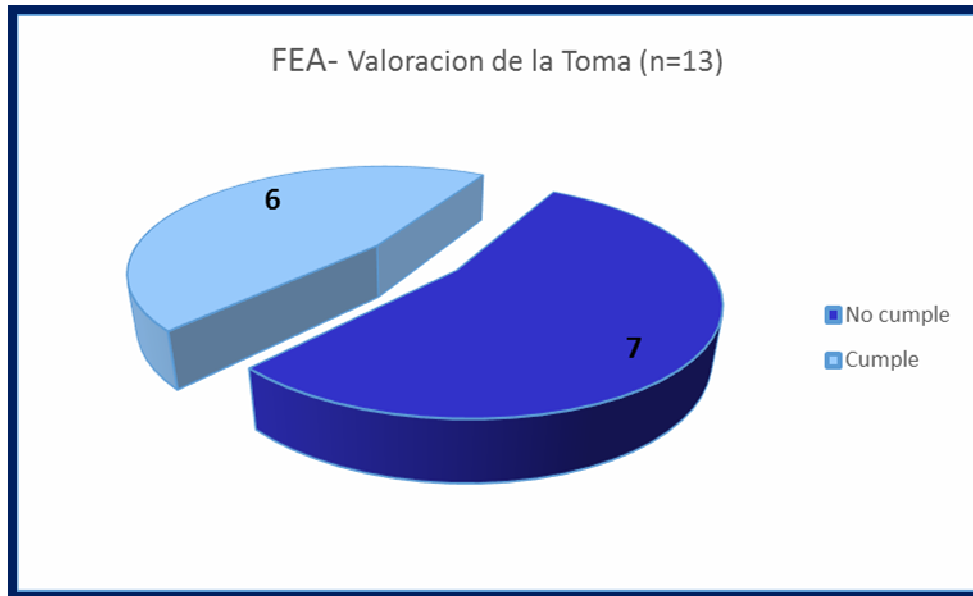
	FEA (n=13)	
	n	%
Criterio 1 FEA: Cumplimiento criterio reevaluación presencial de la toma		
No cumple	7	53,8
Cumple	6	46,2
Criterio 2 FEA: Ha realizado alguna vez una "Valoración presencial de la Toma"		
No cumple	5	38,5
Cumple	8	61,5

Criterio 3 FEA: Identifica tiempo adecuado de evaluación (15-30 minutos)		
No cumple	8	61,5
Cumple	5	38,5
Criterio 4 FEA: Planificación del alta		
No cumple	8	61,5
Cumple	5	38,5
Criterio 5 FEA: Fiabilidad del criterio enfermero		
No cumple	8	61,5
Cumple	5	38,5
Criterio 6 FEA: Variabilidad de la información/educación facilitada a las madres por enfermeras		
No cumple	13	100,0
Cumple	0	0,0

A continuación, detallamos los resultados correspondientes a cada uno de los criterios expuestos en la Tabla 18.

- **Criterio 1. FEA: Ha realizado alguna vez una “Valoración presencial de la Toma”**

GRAFICO 32. RELACIÓN DE PROFESIONALES QUE HAN REALIZADO VALORACIÓN DE LA TOMA



Este es un criterio de una intervención que realizan las enfermeras, aunque es determinante a la hora de tomar decisiones clínicas, por parte de todo el equipo asistencial, de forma multidisciplinar.

El personal FEA puede realizar la propia intervención por ejemplo en el momento del alta para decidir si es viable, y si esa madre y ese recién nacido están preparados para seguir con el modelo de lactancia materna en su domicilio.

O bien basarse en la valoración realizada por el personal del equipo de enfermería, a lo largo y de forma continuada, del ingreso de nuestra madre y su recién nacido.

Un 46% de los FEA reconocen conocer el procedimiento y haber realizado una valoración de la toma alguna vez.

- **Criterio 2. FEA: Cuantos minutos (+-) suele invertir o cree que invierte el personal de enfermería en una valoración presencial de toma**

Del total de la muestra que indicaron realizar de forma habitual esta intervención, fueron 3 de un total de 13 que componen la muestra los que respondieron de esta manera. Equivale a un 23,7 % de la misma.

Respuestas como:

- "Es necesario para asegurar una adecuada técnica de lactancia"
- "Dependerá de cada caso. Supongo q unos 10 minutos."
- "Pues para hacerlo bien, bastante sobre todo al principio."

Este tipo de respuestas son las que nos garantizan que la intervención se está realizando de una manera adecuada, dado que se ajusta a lo estipulado en el Protocolo.



- **Criterio 3. FEA: Cumplimiento criterio reevaluación presencial de la toma**

Entre las opciones de respuesta tenían que elegir:

a) Una vez por turno
b) Cada 4 horas
c) Cada turno hasta que se vaya de alta
d) Siempre que sea preciso, hasta que se realice de manera adecuada

- Respuesta óptima: opción D
- Respuesta válida: opción C o bien opción A
- Respuesta incorrecta: opción B

De los 13 FEA encuestados, 5 ellos respondieron la opción óptima, es decir menos del 50%.

El resto (n=8) respondieron la opción a (válida pero no óptima).

- **Criterio 4. FEA: La "Valoración presencial de la Toma" es un criterio necesario a tener en cuenta a la hora de planificar el alta del Recién Nacido**

Quisimos averiguar si realmente como define la evidencia, la "Valoración presencial de la toma" es un criterio necesario a la hora

de planificar el alta, y por ello necesitábamos conocer la opinión de quienes realizan el alta de nuestros recién nacidos.

GRAFICO 33. PROFESIONALES QUE TIENEN EN CUENTA EL CRITERIO ENFERMERO PARA LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA DE LOS RECIÉN NACIDOS

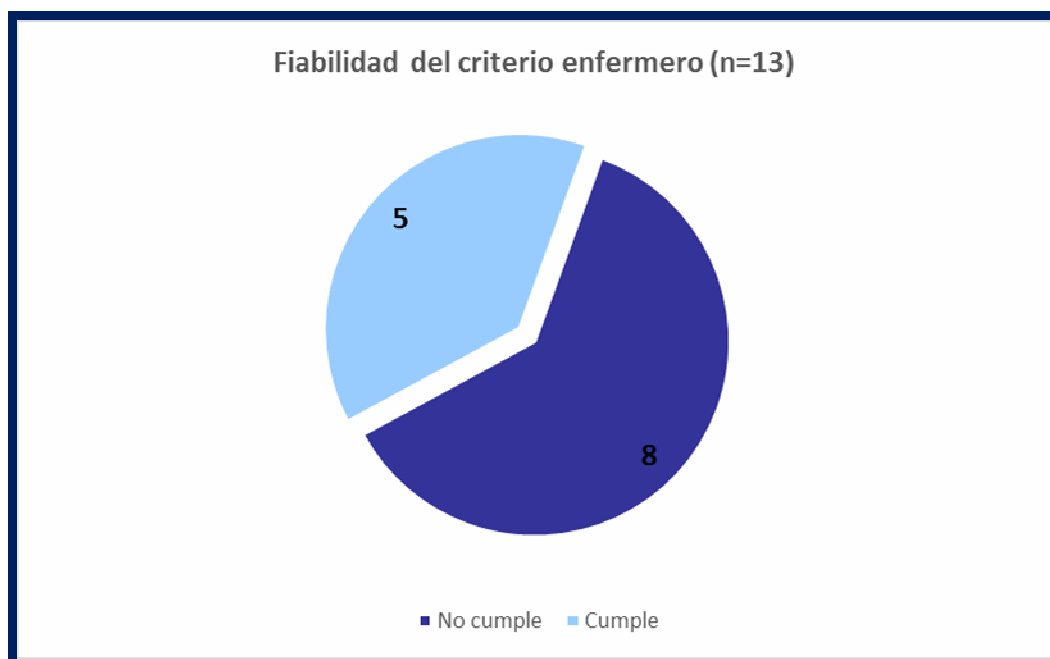


A esta cuestión, el equipo de FEA respondió que del total de la muestra (n=13) un 62%(n=8) no tienen en cuenta este criterio a la hora de decidir el alta de un recién nacido.

El resto de la muestra que son el 38,5%(n=5) si lo hacen.

- **Criterio 5 FEA: La "Valoración presencial de la Toma" realizada por el equipo de enfermería en el área puerperal es un criterio "fiable" a tener en cuenta a la hora de planificar el alta del Recién Nacido**

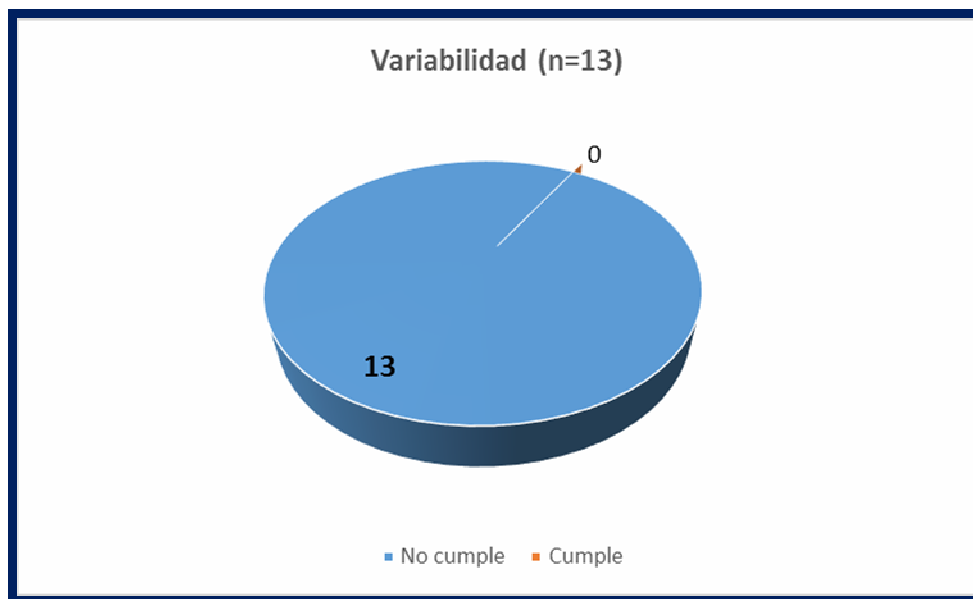
GRAFICO 34. OPINIÓN DE LOS FEA RESPECTO A LA "FIABILIDAD" DEL CRITERIO ENFERMERO



Respecto al criterio de "fiabilidad" respecto a la intervención de valoración de la toma, el 62% (n=8) de los FEA (n=13), refieren no utilizar el resultado de la valoración presencial de la toma para planificar el alta de los recién nacidos, por no considerarlo un criterio fiable.

- **Criterio 6. FEA: Variabilidad de la información/educación facilitada a las madres por el personal del equipo de enfermería**

GRAFICO 35. OPINIÓN DE LOS FEA RESPECTO A LA VARIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN FACILITADA A LAS MADRES



El resultado es el que aparece en el gráfico tal cual.

El 100% de los pediatras consideran que, SI existe variabilidad en la información/educación que el personal asistencial del equipo de enfermería.

12.1.6. Grupo de madres

ILUSTRACIÓN 6. FLUJOGRAMA DE MADRES QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO. ELABORACIÓN PROPIA.



Flujograma de madres

Muestra n= 211

TABLA 19. TABLA DESCRIPTIVA DE LA MUESTRA DE MADRES DEL ESTUDIO. ELABORACIÓN PROPIA.

	Madres (n=211)	
	n	%
Edad		
Media-DE	32,4	5,9
Mínimo-Máximo	18	51
Nivel de estudios (pérdidas: 17)		
Primarios	30	15,5
Secundarios	85	43,8
Universitarios	79	40,7
Categoría profesional (pérdidas: 20)		
Empleada	150	78,5
Ama de casa – Parada – Estudiante	41	21,5
Hijos previos (pérdidas: 1)		
0	96	45,7
1	83	39,5
2 o más	31	14,8
Años embarazo previo (n aplica:114; pérdidas: 2)		
<5 años	59	52,7
>=5 años	53	47,3
Tipo de lactancia previa (n aplica=114; 4 pérdidas)		
Materna	79	71,8
Mixta	13	11,8
Artificial	18	16,4
Edad gestacional (Pérdidas: 2)		
Media-DE	38,3	3,6
Sexo del recién nacido		
Varón	102	48,3
Mujer	109	51,7
Peso (Media-DE)		
Al Nacimiento	3.349,7	459,3
Al Alta	3.200,3	440,6
Tipo de parto		
Cesárea programada	18	8,5
Cesárea urgente	19	9,0
Vaginal	144	68,2
Vaginal instrumentalizado	30	14,2

Detalle a continuación las características de las madres expuestas en la Tabla 18.

El tiempo medio de estancia media en la unidad maternal del Hospital Costa del Sol es de 2,7 días.

La media de edad de la población seleccionada para nuestro estudio fue de 32,4 años (DE= 5,9), perfil de edades comprendido entre 18 y 51 años.

La edad gestacional media de las madres es de 38,3 semanas (DE=3,6).

El nivel de estudios más frecuentes de la muestra seleccionada (n=194) fue el secundario en un 43,8% (n=85), seguido de los universitarios 40,7% (n=79). El 15,5% de la muestra de madres tenían estudios primarios (n=30).

Del total de la muestra (n=211), el 45,7% (n=96) fueron primíparas. El 39,5 % (n=83) tienen un solo hijo, y el 14,8% (n=31) tienen dos o más hijos.

Del todas de madres con embarazos previos, un 52,7% (n=59) corresponden a embarazos producidos en los últimos 5 años, el 47,3% (n=53) son embarazos previos con un tiempo de 5 años o superior.

A la pregunta sobre el tipo de lactancia previa, los resultados señalan a la lactancia materna exclusiva en un 71,8% (n=79) y un 16,4% (n=18) lactancia artificial; y una tasa de lactancia mixta previa del 11,8% (n=13).

En cuanto al tipo de parto, del total de la muestra, el 68,2% (n=144) fueron partos eutócicos, frente a un 17,5% (n=27) de cesáreas entre urgentes y programadas. El parto vaginal instrumentalizado equivale a un 14,2% (n=30) de nuestra muestra.

Respecto a las características de los recién nacidos, un 48,3% (n=102) fueron varones respecto a un 51,7% (n=109) de mujeres.

La media de peso de los recién nacidos al nacimiento es de 3.350 gramos (DE= 459,3) y al alta la media es de 3.200 gramos (DE= 440,6).

12.1.7. Criterios de "Buenas Prácticas" Evaluados por las madres

Los datos relacionados con la lactancia y el contacto piel con piel en las primeras horas de vida del recién nacido son datos a tener muy en cuenta también en nuestro estudio.

El total de madres evaluadas en nuestro estudio es de 211 (n=211).

Analizamos el porcentaje de cumplimiento de los criterios expuestos en la Tabla 20 y que procederemos a describir a continuación.

TABLA 20. TABLA DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE BUENAS PRÁCTICAS EVALUADOS POR LAS MADRES

	Madres (n=211)	
	n	%
Tipo de lactancia al alta		
Artificial	24	11,4
Materna Exclusiva	161	76,3
Mixta	26	12,3
Tipo de lactancia a los tres meses		
Artificial	10	5,3
Materna Exclusiva	116	62,0
Mixta	61	32,6
Reingresos del niño (Pérdida:1)		
No	163	77,6
Si	47	22,4
Criterio 1 – Contacto Piel con Piel (Pérdida:2)		
No cumple	38	18,2
Cumple	171	81,8
Criterio 2 – Valoración de la toma bien realizada (Pérdida:11)		
No cumple	80	40,0
Cumple	120	60,0
Criterio 3 – Información enfermería durante el ingreso sobre Lactancia Materna (Pérdida:13)		
No cumple	90	45,5
Cumple	108	54,5
Criterio 4 – Valoración del contenido de la información (Pérdida:12)		
Inadecuado	42	21,1
Adecuado	157	78,9
Criterio 5 – Valoración sobre el “como” le facilitaron esa información (Pérdida:12)		
Inadecuado	51	25,6
Adecuado	148	74,4
Criterio 6 – Satisfacción en relación a la ayuda recibida con la LM durante el proceso de hospitalización (Pérdida:12)		

Insatisfecho	47	23,6
Satisfecho	152	76,4
Criterio 7 - ¿En el domicilio recibió educación o información sobre la LM? (Pérdidas:30)		
No	120	66,3
Si	61	33,7
Criterio 8 - ¿Conoce la existencia de grupos de apoyo a la lactancia materna? (Pérdida:4)		
No	91	44,0
Si	116	56,0
Criterio 8^a- Conoce grupo de apoyo a través de profesionales sanitarios en ámbito público (Aplica a 116 madres que conocen existencia)		
No	73	62,9
Si	43	37,1
Criterio 8^b- Conoce grupo de apoyo a través de redes sociales (Aplica a 116 madres que conocen existencia)		
No	97	83,6
Si	19	16,4

El primer dato que se refleja en la Tabla 9 está relacionado con el tipo de lactancia al alta, del total de nuestra muestra (n=211), un 76,3% (n=161) se fueron con lactancia materna exclusiva al alta.

En 11,4% (n=24) de las madres con lactancia artificial y el 12,3% (n=26) se fueron con lactancia mixta.

A los tres meses, del total de nuestras madres, el 62% (n=116) mantenía lactancia materna exclusiva, el 5,3% (n=10) habían decidido optar por lactancia artificial, y un 32,6% (n=61) suministran lactancia mixta.

Otro de los ítems que incluimos fue el reingreso del recién nacido en los primeros meses de vida, reingresaron un 22,4% (n=47) del total de los recién nacidos analizados (n=210 hay 1 perdida).

Con respecto al análisis de los criterios:

Criterio 1: relacionado con la Buena Práctica de "Contacto piel con piel", del porcentaje que no cumplen esta práctica (n=38), alrededor del 88,8% (n=33) son cesáreas y alrededor de un 10% (n=5) corresponden a recién nacidos prematuros.

Prácticamente el 89% (n=30) de madres que no realizaron contacto piel con piel, refirieron haber sido invitadas a hacerlo, a través del "Método Canguro", en la unidad neonatal o, si lo preferían en la propia unidad maternal si la situación del recién nacido lo permitía.

La duración estimada del primer contacto piel con piel fue de unas dos horas en el 50,3% (n=86) de los casos, y su inicio no supera los 30 minutos en prácticamente ningún caso (6 casos de 171).

El 71,4% (n=122) de esos recién nacidos recibieron lactancia materna en su primera hora de vida.

Criterio 2: Hace referencia a la Intervención de Valoración de la Toma, las madres respondieron que se cumplía en un 60% (n=120), les preguntamos si valoraban la toma al ingreso y a posteriori cuando ellas lo demandaban según necesidad. Y en un 40% no se realizaba.

Criterio 3: les preguntamos a las madres si recibían información a su ingreso y durante su estancia sobre lactancia materna; en un 54,5% (n=108) respondieron que sí, sobre todo a su llegada a la unidad maternal. En el otro 45,5% (n=90) este criterio no se cumple.

Criterio 4: hace referencia a la información recibida del equipo de enfermería durante el ingreso; las madres entrevistadas (n=211) respondieron en un 78,9% (n=157) que el contenido de la información que recibieron a lo largo de su ingreso en la unidad maternal les resultó útil y necesaria en muchos momentos, una vez en su domicilio.

Criterio 5: se correlaciona con este previo; éste ítem evalúa el cómo; siendo fiel a los resultados que la valoración del "cómo se les facilitó la información" las madres respondieron que fue adecuada en un 74,4% (n=148).

Criterio 6: Las madres han valorado como satisfactoria en un 76,4% (n=152) la ayuda recibida durante el proceso de hospitalización respecto al proceso de lactancia materna, así como a los cuidados del recién nacido, verbalizado por ellas a lo largo de la fase de entrevistas telefónicas.

Criterio 7: Los resultados de nuestro estudio hacen referencia a que el 66,3% (n=120) de las madres que se van de alta del entorno

hospitalario, no recibieron información al respecto en las intervenciones sanitarias posteriores, frente a un 33,7% (n=61) de las madres que refirieron que SI.

Criterio 8: hace referencia a los recursos que existen una vez que la madre se ha ido de alta a domicilio.

Los grupos de apoyo son unos de los principales recursos que existen una vez que nuestras pacientes se van de alta.

Del total de la muestra de madres entrevistadas (n=211) el 56% (n=116) de las madres refieren conocer a los grupos de apoyo, y recibir información sobre ellos a través de los profesionales sanitarios y a través de otros canales como son las redes sociales

GRAFICO 36. CUANTAS DE LAS MADRES CONOCÍAN LA EXISTENCIA DE LOS GRUPOS DE APOYO

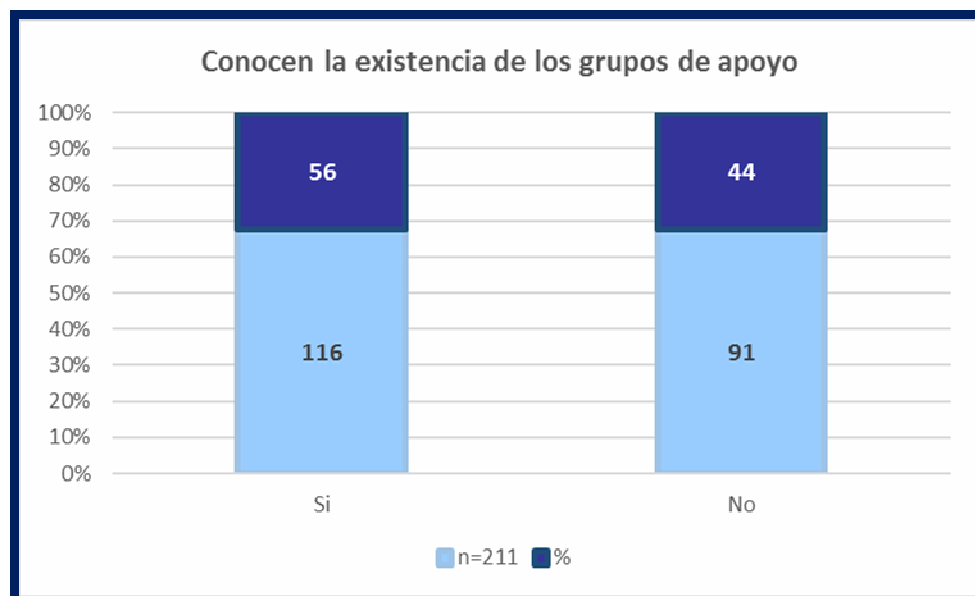
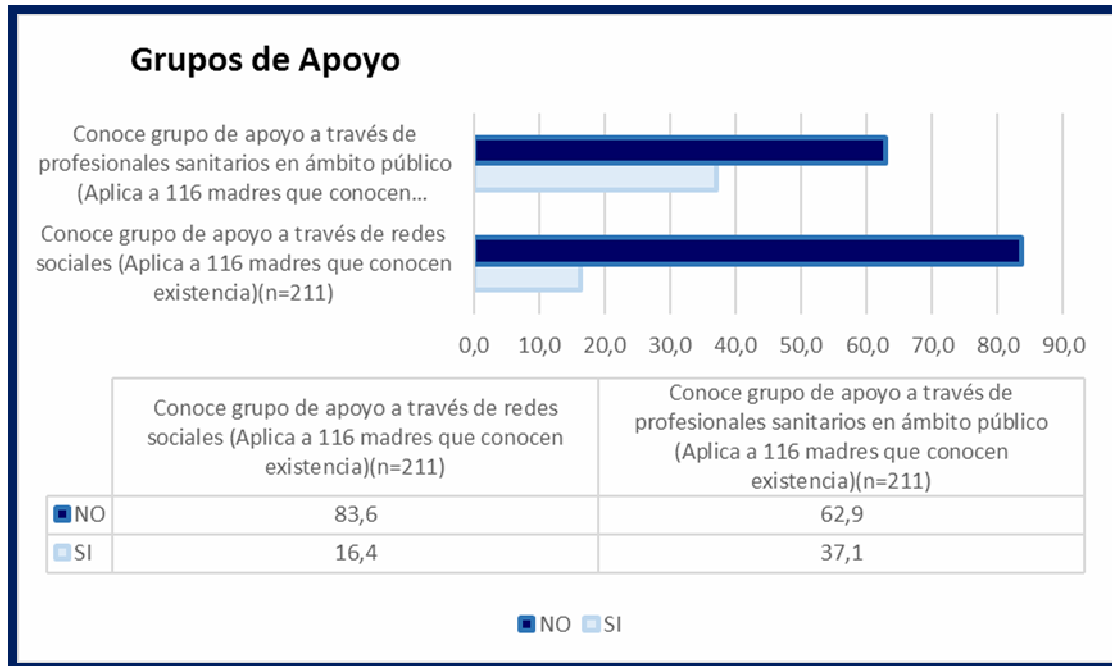


GRAFICO 37. COMO CONOCEN LAS MADRES A LOS GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA

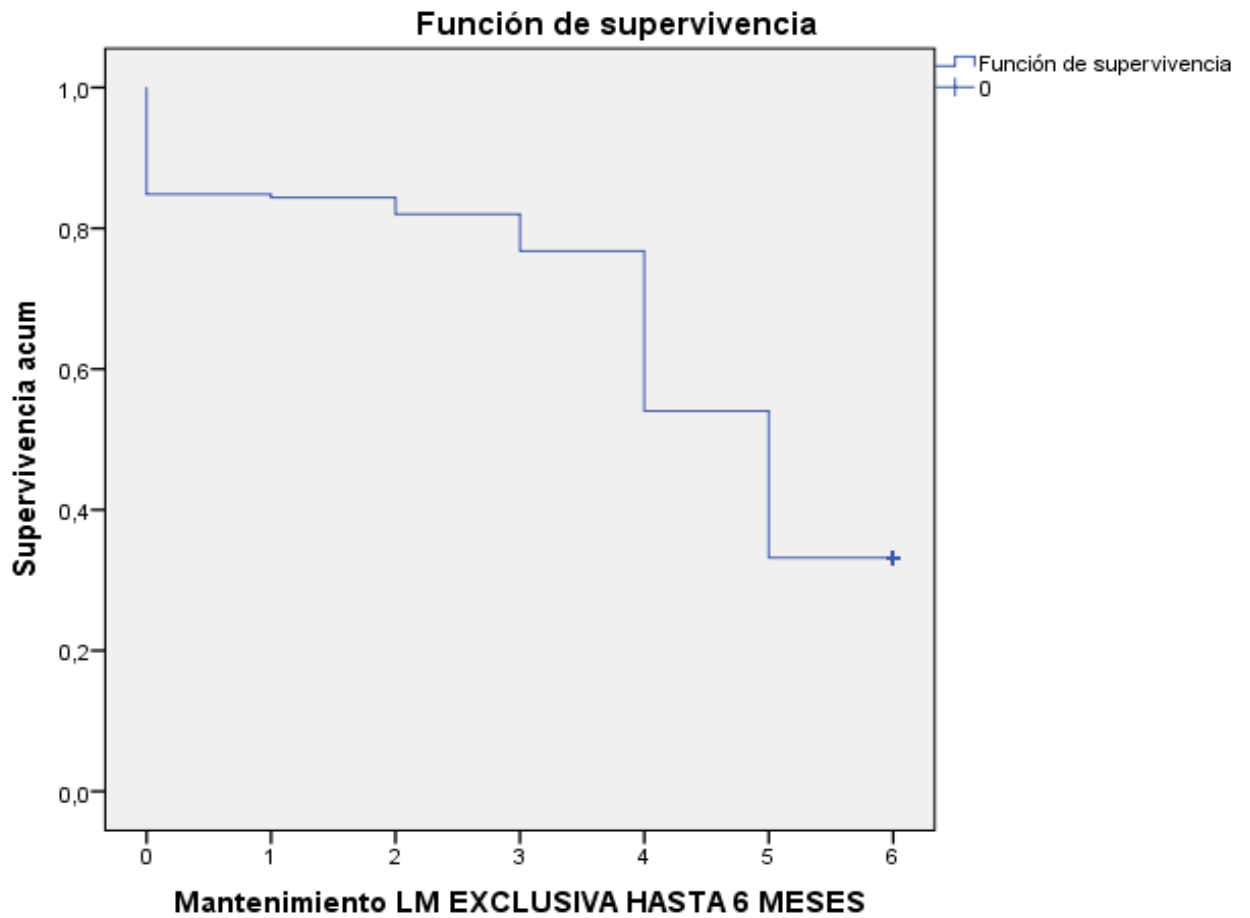


El 16,4% (n=19) lo conocieron a través de las redes sociales, mientras que el 37,1% (n=43) lo hicieron a través de los profesionales sanitarios antes de irse de alta del hospital.

12.2. Prevalencia de Lactancia Materna

12.2.1. Análisis de supervivencia de la Lactancia materna Exclusiva

GRAFICO 38. GRÁFICO DE FUNCIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA LM EXCLUSIVA



Media ^a				Mediana			
Estimación	Error típico	95%		Estimación	Error típico	95%	
		Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
4,152	,140	3,877	4,426	5,000	,149	4,709	5,291

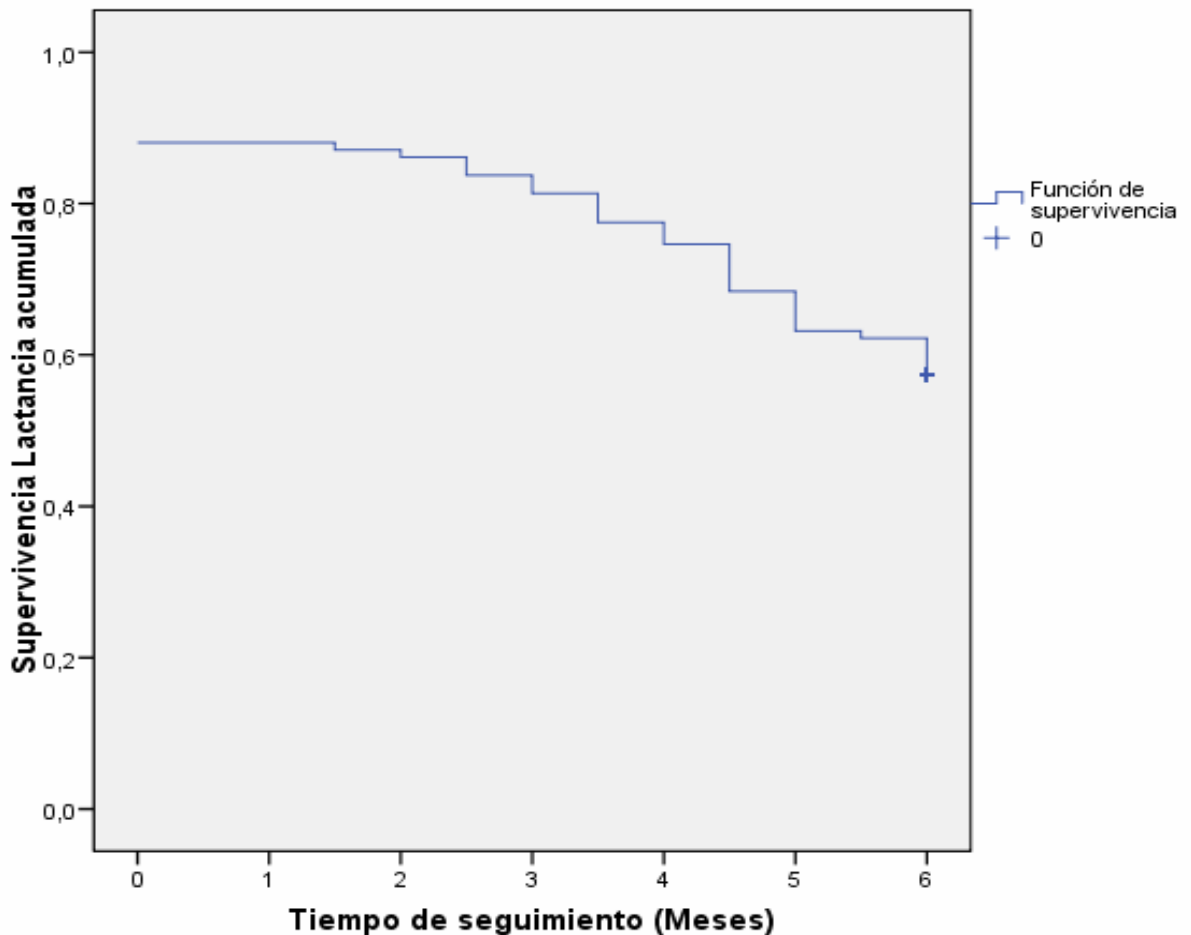
La media de mantenimiento de la LME de la cohorte evaluada, fue de 4,2 meses (IC95%; 3,9-4,4), llegando a 5 meses de LME el 50% de la muestra.

En el grafico observamos que hay una tendencia mantenida hasta el segundo mes, en el que se produce un pequeño bajón que se mantiene hasta el tercer mes.

El escalón fuerte que podemos visualizar en el grafico _ corresponde a ese periodo, el paso de 3 a 4 meses. Es a partir del 4 mes cuando se empieza a generar un descenso más progresivo. Este descenso de la lactancia materna, se inclina hacia la alimentación con formula artificial.

12.2.2. Análisis de supervivencia de la Lactancia materna mixta

GRAFICO 39. GRÁFICO DE FUNCIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA LM MIXTA



El 88,6% (IC 95%:84,1-93,1) de las mujeres tenían LM al alta.

De las 187 mujeres que tenían LM al alta, continúan a los tres meses 177 (94,6%; IC 95%: 91,2-98,1).

El análisis de supervivencia nos indica que existe un descenso progresivo de esta tasa de mantenimiento de lactancia a los tres

meses, y mucho más significativo a los 6 meses, tal como se puede observar en la figura.

TABLA 21. TABLA DE REGRESIÓN DE COX: LACTANCIA MATERNA MIXTA

Variables	β	p	Hazard Ratio	IC95%	
				Inferior	Superior
Edad gestacional	-0,06	0,01	0,95	0,91	0,99
Intención de lactar					
No			1,00		
Si	0,49	0,01	1,62	1,13	2,35

En el modelo obtenido para evaluar la discontinuidad de la LM Exclusiva, con una adecuada bondad de ajuste ($p < 0,01$), se ajustaron tanto la edad gestacional que fue un factor protector frente a discontinuar la LME dado un HR de 0,95 (IC95%: 0,91-0,99); como la intención de lactar, siendo en este caso un factor de riesgo, dado que en aquellas mujeres que tenían intención de lactar el HR era de 1,62 (IC95%: 1,13-2,35).

Como dato indicar que en el análisis de LM Mixta ninguna de las variables se incluyó en modelo ajustado.

De total de recién nacidos ($n=210$; 1 perdido), el 77,6% ($n=163$) no sufrieron reingresos, frente al 22,4% ($n=47$) que sí tuvieron que ser reingresados.

12.3. Percepción de las madres:

TABLA 22. TABLA DE PERCEPCIONES DE LAS MADRES

	Madres (n=211)	
	n	%
Percepción 1 – Cómo se fue de convencida a su casa para mantener la LM (No valorables -Lactancia alta artificial:17)		
No totalmente convencida	86	44,3
Totalmente convencida	108	55,7
Percepción2: ¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación?: "Una de las principales barreras identificadas por las madres en el proceso de instauración de la lactancia materna, es la presión generada por los propios profesionales" (Pérdida:3)		
En desacuerdo	89	42,8
Acuerdo	119	57,2

Desarrollamos a continuación el contenido de la Tabla 21.

- **Percepción 1 – Cómo se fue de convencida a su casa para mantener la LM**

Muchas de las madres que participaron en el estudio, han verbalizado a lo largo de nuestra entrevista, su "Intención de lactar", en la entrevista inicial a su llegada a nuestra unidad maternal.

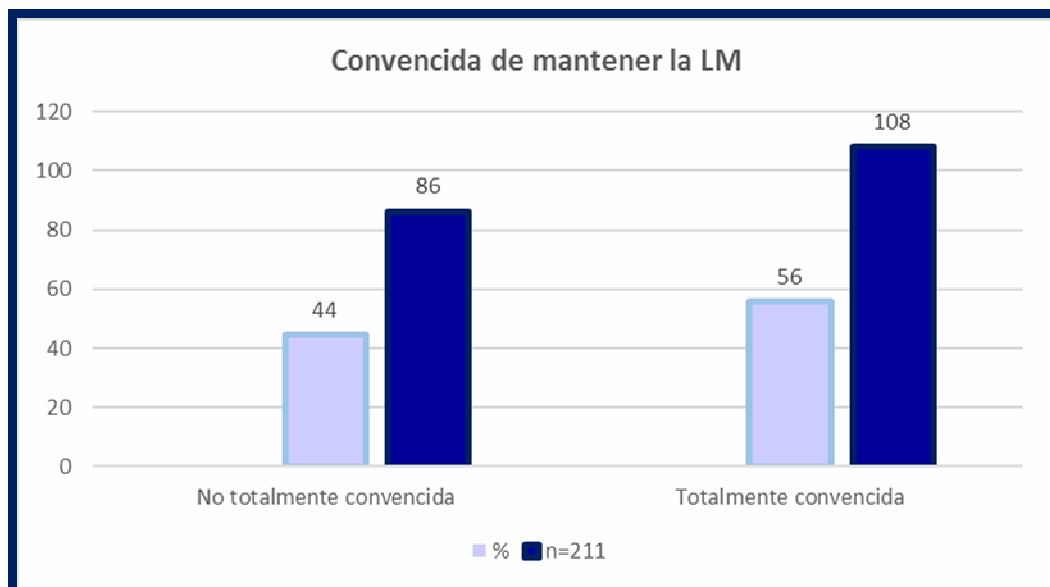
El porcentaje inicial de intención de lactar no siempre coincide con la prevalencia de lactancia materna al alta del hospital.

Una vez que se van de alta muchas de ellas pueden modificar su intencionalidad y de ella va a depender el éxito o no de la posterior instauración de la lactancia materna.

El 55,7% de nuestras madres se fueron totalmente convencidas al alta de mantener la lactancia materna.

Si tenemos en cuenta el resultado de lactancia materna a los 3 meses, veremos que nuestra prevalencia es superior a este 55,7%, por lo que muy probablemente muchas de las madres no convencidas que suponen un 44,3%, llegan a mantener lactancia materna exclusiva al menos hasta los tres meses al menos en un 21% y de ellas al menos un 9% la mantienen hasta los 6 meses.

GRAFICO 40. CUANTAS DE NUESTRAS MADRES SE FUERON CONVENCIDAS DE MANTENER LM AL ALTA HOSPITALARIA

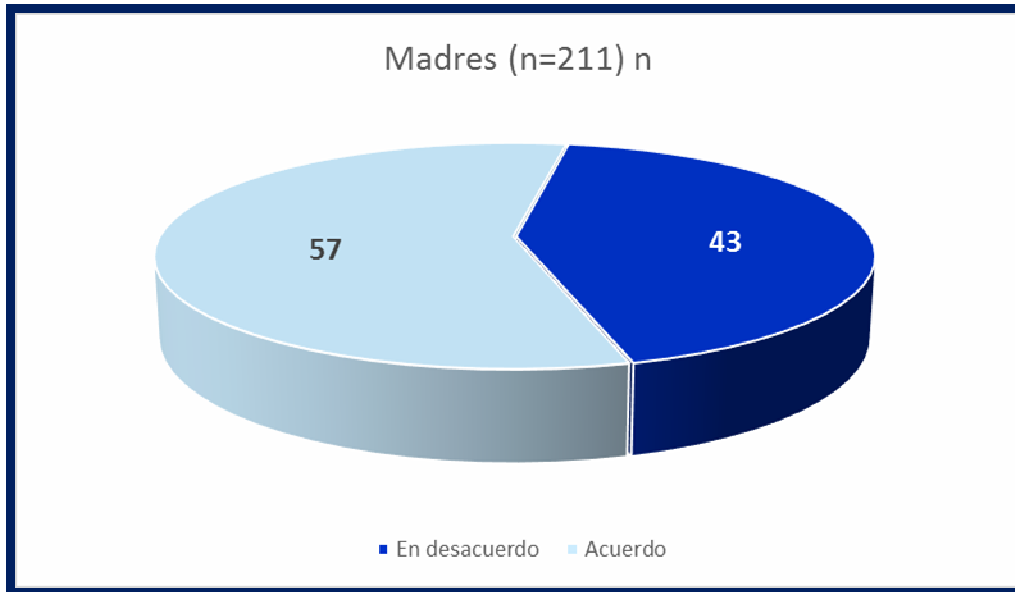


Percepción2: ¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación?:

“Una de las principales barreras identificadas por las madres en el proceso de instauración de la lactancia materna, es la presión generada por los propios profesionales”

Esta afirmación constituye el punto de partida de este trabajo de investigación; es el motivo por el cual decidimos iniciar la búsqueda que las evidencias que nos permitieran conocer si esta afirmación tiene un soporte objetivo, y de ser así, determinar la línea de mejora que nos permita modificarla.

Del total de madres el 57,5% de madres respondieron afirmativamente a la cuestión planteada frente al 42,8 por ciento que verbalizaron no estar de acuerdo con esta afirmación.

GRAFICO 41. RESPUESTA DE LAS MADRES A LA PREGUNTA SOBRE EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES EN EL PROCESO DE INSTAURACIÓN DE LA LM

12.4. Motivos de abandono de la Lactancia Materna Exclusiva

Observando la curva de supervivencia de la lactancia materna, podemos observar que la prevalencia, se va reduciendo a medida que pasan los meses. Partimos de una prevalencia de un 76 %, que a los tres meses es de un 71% y a los 6 meses es de un 64%.

Es en los meses 3 y 6 entre los que se producen más abandonos.

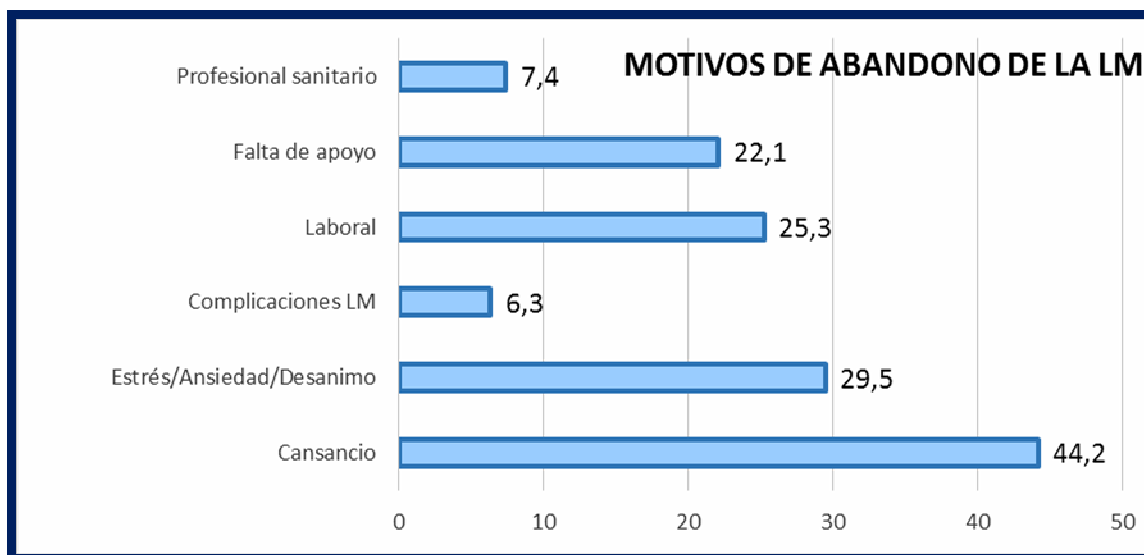
De las madres que abandonaron la lactancia materna, un porcentaje de un 92% (n=95) nos señalaron las causas. Entre los principales motivos de abandono de las madres de nuestro estudio nos encontramos:

TABLA 23. RELACIÓN DE MOTIVOS DE LAS MADRES PARA ABANDONAR LA LM

Motivos	n abandono	%
Cansancio	42	44,2
Estrés/Ansiedad/Desanimó	28	29,5
Complicaciones LM	6	6,3
Laboral	24	25,3
Falta de apoyo	21	22,1
Profesional sanitario	7	7,4

El principal motivo con un 44,2% (n=42) es el "Cansancio", seguido del "Estrés-Ansiedad-Desanimó" con un 29,5%(n=28), los motivos "Laborales- Incorporación al trabajo" con un 25,3% (n=24), seguido de cerca por la "Falta de apoyo" con un 22,1% (n=21), los "Profesionales Sanitarios" suponen un 7,4% (n= 7) y el último lugar las complicaciones de la LM con un 6,3% (n=6).

GRAFICO 42. RELACIÓN DE MOTIVOS DE ABANDONO DE LA LM



Entre las recomendaciones que las madres reciben respecto al abandono de la lactancia materna, nos encontramos con que

Es en 34,5 por ciento de los casos el marido el que recomienda el abandono de la lactancia materna, el 30,9 por ciento el personal sanitario, y de ellos,

TABLA 24. QUIENES RECOMENDARON A LAS MADRES QUE ABANDONEN LA LACTANCIA MATERNA

Motivos	n abandono	%
Marido	38	34,5
Familia / Amigos	45	40,9
Profesional sanitario	34	30,9

Del 30,9% de los profesionales sanitarios, que las madres refieren les han recomendado abandonar la lactancia materna o bien optar por el uso de “un biberón” como la principal solución a sus problemas, un 93,1% son pediatras de atención primaria, y el otro 6,9 % (otro tipo de profesionales (médico de familia, enfermeras o matronas).

GRAFICO 43. RELACIÓN DE PROFESIONALES QUE RECOMIENDAN A LAS MADRES ABANDONAR LA LM



El entorno social de las madres, familia y/o amigos, suponen el otro 40,9% de las recomendaciones.

12.5. Análisis bivariado entre la ansiedad de la madre y tipo de lactancia

TABLA 25. ANÁLISIS BIVARIADO RELACIÓN: TIPO DE ANSIEDAD Y LACTANCIA

Ansiedad	Leve		Moderada		Severa		p
	n	%	n	%	n	%	
Total, Madres	69,0	35,6	53,0	27,3	72,0	37,1	
Tipo de lactancia al alta							
Artificial	0	0,0	2	28,6	5	71,4	0,02
Materna Exclusiva	64	39,8	45	28,0	52	32,3	
Mixta	5	19,2	6	23,1	15	57,7	
Tipo de lactancia a los 3 meses							
Artificial	0	0,0	4	23,5	13	76,5	<0,001
Materna Exclusiva	51	44,0	36	31,0	29	25,0	
Mixta	18	29,5	13	21,3	30	49,2	

En la Tabla 24 se detallan los resultados del análisis bivariado a través del cual objetivamos una serie de resultados.

En relación al tipo de lactancia, y el nivel de ansiedad nos encontramos las siguientes relaciones; entre las mujeres que iniciaron una lactancia materna exclusiva, nos encontramos menores niveles de ansiedad severa (32,3%; n=52), que en las mujeres que optaron por una lactancia artificial (71,4%; n=5) o bien por una alternativa mixta (57,7%; n=15). Y en estos resultados obtuvimos una significación de p=0,02.

Si analizamos los resultados a los tres meses, observamos que en las madres que mantienen lactancia artificial existía mayor prevalencia de ansiedad severa, con cifras de un 76,4% (n=13), frente a un 25% (n=29) en las madres que continúan con lactancia materna exclusiva, y con un 49,2% (n=30) en las madres que mantienen una opción mixta. Resultados que expresan una significación de $p < 0,001$.

Siendo de 0,0% de ansiedad leve en las madres con lactancia artificial tanto al alta como a los tres meses.

Las madres que optaron por mantener una lactancia materna exclusiva al alta presentan porcentajes de ansiedad leve de alrededor de un 39,8%(n=64) frente a las que optaron por lactancia mixta que presentaron cifras de ansiedad leve de un 19,2% (n=5).

Las cifras de ansiedad moderada nos encontramos que estaban bastante equilibradas en los tres tipos de lactancia, siendo de alrededor de un 28% en los casos que optaron por lactancia materna exclusiva o artificial, y de un 23,1% en los casos de madres que optaron por una lactancia mixta al alta.

A los tres meses, la cifra mayor de ansiedad moderada correspondió a las madres que optaron por una lactancia materna exclusiva frente a un 23,5%(n=4) de las madres que alimentaron con lactancia artificial.

12.6. Análisis bivariado: entre la ansiedad de la madre: características sociodemográfica y maternidad

TABLA 26. RELACIÓN ENTRE VARIABLES Y ANSIEDAD MATERNA

Ansiedad	Leve (n=69)		Moderada (n=53)		Severa (n=72)		p
Edad madre							
Media - DE	34,1	6,0	31,7	6,3	31,6	5,4	0,03
Sexo RN (n / %)							
Varón	34	36,2	27	28,7	33	35,1	0,84
Mujer	35	35,0	26	26,0	39	39,0	
Actividad (n / %)							
Empleada	47	33,8	38	27,3	54	38,8	0,95
Ama de casa	13	36,1	9	25,0	14	38,9	
Edad gestacional (semanas)							
Media - DE	39,1	1,6	38,2	3,4	37,9	3,8	0,06
Peso al nacimiento (gramos)							
Media - DE	3.349	477,0	3.310	474,0	3.359	443,7	0,84
Peso al alta (gramos)							
Media - DE	3.199	448,5	3.183	440,9	3.196	447,6	0,98
Tipo de parto (n / %)							
Vaginal	58	36,0	43	26,7	60	37,3	0,91
Cesárea	11	33,3	10	30,3	12	36,4	
Hijos previos (n / %)							
No	27	30,0	27	30,0	36	40,0	0,32
Si	42	40,4	26	25,0	36	34,6	
Años desde embarazo previo (n / %)							
< 5 años	20	37,0	13	24,1	21	38,9	0,61
>= 5 años	21	44,7	12	25,5	14	29,8	
Tipo de lactancia previa (n / %)							
Materna	33	44,6	21	28,4	20	27,0	0,14
Mixta	3	23,1	4	30,8	6	46,2	
Artificial	2	16,7	3	25,0	7	58,3	
Nivel de estudios (n / %)							
Sin estudios - Primarios	8	32,0	5	20,0	12	48,0	0,61
Secundarios - Universitarios	53	34,4	42	27,3	59	38,3	
Reingresos del niño (n / %)							
No	55	36,2	43	28,3	54	35,5	0,67
Si	14	33,3	10	23,8	18	42,9	

Contacto piel con piel (n / %)								
No	12	36,4	9	27,3	12	36,4	0,99	
Si	57	35,4	44	27,3	60	37,3		
Satisfacción en relación a la ayuda a la información recibida sobre el proceso de hospitalización (n / %)								
Insatisfecho	11	26,2	8	19,0	23	54,8	0,03	
Satisfecho	57	38,0	44	29,3	49	32,7		

En nuestro análisis bivariado, entre las variables estudiadas relacionadas con las madres y su relación con la ansiedad materna en el proceso de instauración de la lactancia materna, nos llevaron a los siguientes resultados:

Sobre el total de madres (n=112) a las que se les aplicó la escala de Hamilton, con un resultado significativo de $p=0,025$, pudimos concluir que a mayor edad (34,1; DE=6) las madres presentaron niveles más leves de ansiedad, con respecto a las madres más jóvenes (31,6; DE=5,4) que se correspondieron con estados de ansiedad más severos.

El sexo del bebé no fue un factor determinante a tener en cuenta, respecto a si influye o no en la ansiedad materna en nuestro ámbito de estudio, teniendo en cuenta que el resultado no ha sido significativo ($p=0,84$). La proporción de recién nacidos varones es similar a la de mujeres, sí que el resultado de ansiedad severa más

elevado correspondió a la muestra de recién nacidos mujeres con un 39% (n=39) respecto a los varones que fue de un 35,1% (n=33).

Respecto a los porcentajes de ansiedad leve y moderados fueron muy similares, teniendo las mujeres un 35% (n=35) y 26% (n=26) respectivamente, frente el resultado obtenido por los varones de un 36,2% (n=34) y un 28,7% (n=27).

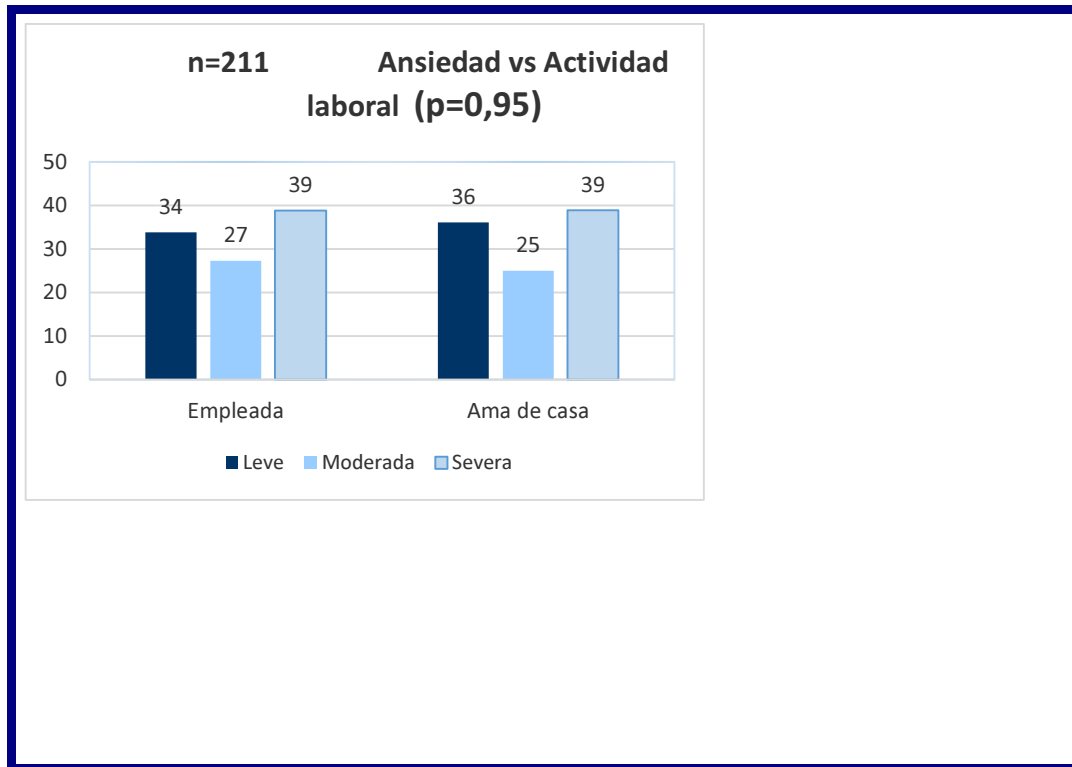
En relación con la ocupación y el nivel de estudios, aunque sin obtener significación ($p=0,61$) obtuvimos los siguientes resultados; las madres del grupo sin estudios-primarios alcanzaron unas cifras de ansiedad severa de un 48% (n=12), mientras las cifras de las madres del grupo de estudios secundarios-universitarios son de un 38,3% (n=59).

Respecto a los niveles de ansiedad bajos y moderados los porcentajes alcanzados son similares en ambos grupos.

En el equipo de madres sin estudios-primarios el porcentaje de ansiedad moderado fue de un 20% (n=5), y el de ansiedad leve de un 32% (n=8), y en el equipo de madres con estudios secundarios-universitarios el nivel de ansiedad leve se alcanzó por un 34,4% (n=53) y el de ansiedad moderada en un 27,3% (n=42).



GRAFICO 44. RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD SIN RESULTADO SIGNIFICATIVO



Las madres empleadas obtuvieron un porcentaje de ansiedad severa de 38,8% (n=54), frente al 38,9% (n=14) de las amas de casa, resultados con una escasa significación $p=0,95$. Respecto a los tipos de ansiedad leve y moderada, los resultados alcanzados son muy similares. De un 33,8% (n=47) de ansiedad leve de las madres empleadas frente a un 36,1% (n=13) de las madres amas de casa, y respecto a la ansiedad moderada los porcentajes de las madres empleadas fue de un 27,3% (n=38) y en las madres amas de casa alcanzo un 25% (n=9).

La edad gestacional ($p=0,061$), con un valor con tendencia hacia la significación se determinó como un factor relacionado con la ansiedad. A mayor edad gestacional, nos encontramos con niveles de ansiedad más leves ($39,1$; $DE=1,6$), mientras que, si observamos los datos obtenidos en el nivel de ansiedad severa, vemos que se corresponde con edades gestacionales más bajas ($37,9$; $DE=3,8$); en el nivel de ansiedad moderada nos encontramos a las madres con una media de edad de $38,2$ ($DE=3,4$).

En relación con el peso al nacimiento, nos encontramos un valor de $p=0,837$, respecto al peso al nacimiento (gramos) que indica que no existe significación, la variable peso del bebe no se relacionó con la aparición o no de ansiedad.

La media de peso del recién nacido de 3.349 gr ($DE=477$) se sitúa en niveles de ansiedad leve, mientras que el peso medio de $3,359$ gr ($DE=443,7$) lo hace en tasas de ansiedad severa. La media de peso más baja $3,310$ gr ($DE=440,9$) se relacionó con niveles más moderados de ansiedad materna.

El peso al alta con una $p=0,979$, tampoco tiene relación a tenor del resultado poco significativo obtenido en nuestro estudio. La media más elevada de peso $3,199$ gr ($DE=448,5$) se situó en nivel de

ansiedad leve, la media más baja de peso al alta que fue de 3,183 gr (DE=440,9) se correspondió con niveles de ansiedad moderada, y la media de 3,196 gr (DE=447,6) se situó en niveles de ansiedad moderados.

Respecto al tipo de parto, si hablamos de ansiedad severa, nos encontramos con un valor de 37,3% (n=60) en las madres que han tenido un parto vaginal, frente a un 36,4% (n=12) de las madres sometidas a una cesárea.

El valor de la ansiedad moderada en las madres que han tenido un parto eutócico es de 26,7% (n=43) alcanzando en el nivel de ansiedad leve un valor de 36% (n=58). Estos resultados no difirieron de los obtenidos en las madres que han sido intervenidas por una cesárea, indistintamente de que sean cesáreas urgentes o programadas. En el caso de las cesáreas el porcentaje de ansiedad leve alcanzado por las madres se sitúa en un 33,3% (n=11), y respecto a la ansiedad moderada los porcentajes obtenidos fueron de un 30,3% (n=10) La p obtenida no señala una diferencia significativa entre si se produce un parto normal o una cesárea, siendo la misma de $p=0,909$.

Otras dos variables analizadas como son los hijos previos con un resultado de escasa significación ($p=0,32$), o la experiencia previa de

lactancia con un resultado de $p=0,611$, ambas variables tampoco estuvieron asociadas con el nivel de ansiedad materno.

Sí podemos comentar que las madres ($n=211$) que tuvieron una experiencia previa o un parto anterior de menos de 5 años con respecto al actual, presentaron porcentajes de ansiedad severa del 38,9% ($n=21$), frente a las madres con una experiencia previa o partos anterior superior 5 años, que presentan porcentajes de 29,8% ($n=14$), y observamos también que este último grupo presenta porcentajes de alrededor de un 44,7% ($n=21$) de ansiedad leve frente al 37% ($n=20$) de las madres de menos de 5 años de experiencia previa; aunque sin significación estadística ($p=0,143$).

Las madres que tuvieron experiencia previa con la lactancia materna, alcanzaron niveles de ansiedad leves de un 44,6% ($n=33$), frente a la lactancia materna mixta que fue de un 23,1% ($n=3$) y la lactancia artificial que fue de un 16,7% ($n=2$).

Los resultados de ansiedad severa fueron con respecto a las madres que tuvieron experiencia previa de lactancia materna de 27% ($n=20$), las madres que optaron por lactancia mixta alcanzados niveles de ansiedad severa de 46,2% ($n=6$) y las que optaron por lactancia mixta alcanzaron un 58,3% ($n=7$).



Si el niño ha tenido o no reingresos, tampoco es una variable significativa ($p=0,673$), y parece no influir en la ansiedad de la madre; aquellas madres de recién nacidos que han sufrido reingresos, alcanzan un porcentaje de ansiedad severa de un 42,9% ($n=18$) frente al resto de madres cuyo porcentaje es de un 35,5% ($n=54$). Respecto a las cifras alcanzadas en relación con la ansiedad leve y moderada, por ambos grupos son muy similares.

En el grupo de ansiedad leve las madres que sí tuvieron al niño ingresado tras el alta alcanzaron porcentajes de nivel de ansiedad leve de un 33,3% ($n=14$), frente al porcentaje alcanzado por las madres de recién nacidos que no sufrieron reingresos, 36,2% ($n=55$).

Otra de las variables analizadas por este modelo bivariado, es el contacto piel con piel.

El resultado obtenido, no es tampoco significativo ($p=0,993$), alcanzando valores muy muy similares en su correlación con los tres tipos de ansiedad.

Las madres que realizaron "contacto piel con piel" alcanzaron niveles de ansiedad severo de un 37,3% ($n=59$) frente a las que no lo hicieron cuyo porcentaje fue de un 48% ($n=12$).



Respecto a los porcentajes de ansiedad leve, el grupo de madres que lo hicieron alcanzaron un 35,4% (n=57), frente al 36,4% (n=12) de las madres que no lo hicieron. Y el porcentaje de ansiedad moderada en ambos grupos es de un 27,3% siendo la n del grupo de madres de contacto piel de 44 mientras que la n del grupo que no hizo contacto piel con piel fue de 9.

La última variable sometida a un análisis bivariado, es la satisfacción de las madres en relación a la ayuda recibida sobre el proceso de hospitalización. La satisfacción se asocia significativamente con la ansiedad materna ($p=0,0033$).

Las madres que han manifestado encontrarse satisfechas con la atención recibida presentan resultados de un 32,7% (n=49) respecto a la ansiedad severa, 38% (n=57) correspondiente a la ansiedad leve y un 29,3% (n=44) de ansiedad moderada.

Si comparamos los resultados con los obtenidos en el grupo de madres "insatisfechas" observamos que se alcanzan cifras de ansiedad severa de un 54,8% (n=23), de ansiedad moderada de un 19% (n=8) y de ansiedad leve de un 26,2% (n=11).

El resultado obtenido $p=0,033$ es significativo respecto que el nivel de satisfacción influye en los niveles de ansiedad maternos.



FASE 2: Estudio cualitativo:

12.7. Análisis cualitativo de la última pregunta del cuestionario de madres:

Así nos presentamos a nuestras madres al final de nuestra entrevista siendo esta la última pregunta:

"Muchas gracias por su colaboración. Por último, me gustaría que usted hiciera alguna valoración respecto a la atención recibida, y si quiere hacerme alguna propuesta de mejora."

En nuestro cuestionario hay una pregunta con opción a respuesta libre en la que la madre, paciente, usuaria, ha podido expresar sus sentimientos, opiniones y aportar aquellas medidas de mejora que han considerado oportunas a lo largo de la entrevista.

A través de la investigación cualitativa podemos obtener una información relevante que debe ser introducida en los procedimientos de la práctica clínica, los cuales siempre se orientan a dar la mejor atención al usuario.

"El enfoque Cualitativo ha sido ampliamente utilizado en ciencias sociales con una concepción más dinámica, en la que el investigador esté inmerso en el contexto, y donde se recogen y analizan las opiniones, discursos, acciones y significados personales para

comprenderlos en profundidad.” (Cerdá, Rodríguez, García, & Gaspar, 1999; Rodríguez & Cerdá, 2002).

El grado de satisfacción es un indicador clave en lo que a calidad asistencial se refiere, aunque no suele aprovecharse con un sentido crítico para la mejora de la atención sanitaria.

El análisis de esta pregunta está enmarcado dentro de la investigación cualitativa.

La principal ventaja de este tipo de investigación viene dada por las experiencias y realidades que se encuentran en cada contexto:

1. *“la investigación cualitativa toma en consideración que los puntos de vista y las prácticas en el campo son diferentes a causa de las distintas perspectivas subjetivas y los ambientes sociales relacionados con ellas”* (Flick et al., 2012).

El paradigma que va a guiar este análisis es interpretativo, dado que por las características de nuestros objetivos consideramos que es el más idóneo. La interpretación que hagamos de los datos va a venir condicionada por el conocimiento que se tenga sobre el objeto de estudio y las experiencias vividas, en torno al mismo, de aquellos participantes e informantes que van a ser parte del estudio.

12.7.1. Recogida de datos:

Como se ha señalado anteriormente los datos se han recogido mediante unas entrevistas telefónicas realizadas a 211 madres de recién nacidos sanos. Las madres estaban ingresadas en la Unidad Maternal del Hospital Costa del sol de Marbella en el último semestre del año 2015 y primer semestre del año 2016.

Una vez recogida toda la información a través de una transcripción fiel de las entrevistas telefónicas, se procedió a procesar y transcribir la información.



ILUSTRACIÓN 7. MARCA DE NUBE: CONTIENE TÉRMINOS DE MÁS DE 7 LETRA OBTENIDOS DEL FILTRADO DE LA INFORMACIÓN FACILITADA POR MÁS MADRES A TRAVÉS DE SUS RESPUESTAS, Y RELACIONADOS CON "LACTANCIA".

El programa utilizado para llevar a cabo nuestro análisis es un software denominado Nvivo (versión 11).

12.7.2. Organización de los datos

1. Procesamiento y transcripción de la información.
2. Categorización de los resultados en Ejes Temáticos (categorías establecidas para la investigación)
3. Análisis de la información
 - 3.1. Mapas Ramificados
 - 3.2. Frecuencia de palabras
 - 3.3. Modelos Teóricos (*)
 - 3.4. Árbol de Palabras
 - 3.5. Referencias de Codificación
4. Validación de resultados
5. Redacción del informe de resultados

Se ha llevado a cabo el análisis mediante categorización, triangulación y saturación de la información.

El análisis ha dado lugar a un proceso de categorización, obteniéndose así, inicialmente, 19 categorías.

La saturación de la información no es una técnica necesaria en investigación cualitativa, ya que el investigador se centra, normalmente, en los procesos derivados de la información y no tanto en la repetición de la recabada.

12.7.3. Ejes temáticos y análisis del contenido

Los ejes temáticos o categorías tienen el fin de poder realizar comparaciones y posibles contrastes, de manera que se pueda organizar conceptualmente los datos y presentar la información siguiendo un tipo de patrón o regularidad emergente.

Una vez realizados los ejes temáticos, hemos procedido a la realización de un análisis de contenido que engloba los siguientes tipos de análisis:

- **Análisis Sintáctico:** para permitir explorar la forma del texto, al igual que la búsqueda y recuento de determinadas palabras.
- **Análisis Semántico:** con el fin de analizar el sentido que le dan los entrevistados a las palabras o diálogos.

- **Análisis Pragmático:** para descubrir las circunstancias en las que la comunicación tiene lugar.

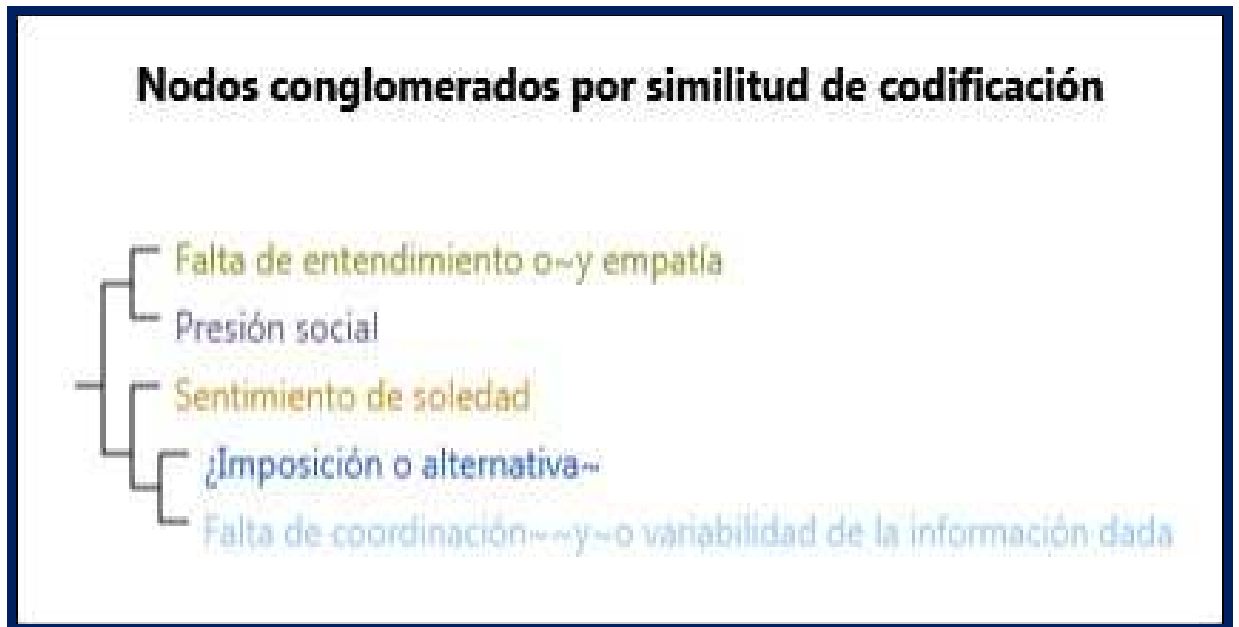


ILUSTRACIÓN 8. NODOS CONGLOMERADOS POR SIMILITUD DE CODIFICACIÓN.

12.7.4. Las categorías y su clasificación

Tras realizar el proceso analítico, obtuvimos un total de 5 categorías, en ellas se agrupan todas las opiniones y propuestas aportadas por las madres:

1. Expectativas de la madre
2. Experiencia previa de la madre
3. Potenciales barreras identificadas

4. Percepciones maternas

5. Satisfacción

De los resultados obtenidos tanto las expectativas de la madre como sus percepciones, nos sirvieron para poder enfocar el objetivo de nuestro trabajo.

Las aportaciones tan enriquecedoras de las madres, así como el soporte bibliográfico del que ya disponíamos y que nos permitió posicionarnos en la situación actual, nos acercaron a unas inquietudes y problemas referidos que se plasman de esta forma.

Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
refiere	7	60	002
personal	8	29	001
materna	7	46	001
lactancia	9	86	002
información	11	14	000
hospital	8	22	001
experiencia	11	28	001
biberón	7	23	001
artificial	10	23	001
apoyo	5	15	000

ILUSTRACIÓN 9. TABLA MUESTRA LA FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES PALABRAS QUE UTILIZARON LAS MADRES

TABLA 27. CLASIFICACIÓN DE LAS CATEGORÍAS

CLASIFICACION SEGUN CATEGORIAS	
Categorías	Verbatim
1. Categorización de las expectativas de la madre	
Intencionalidad de lactancia materna	<p>"Desde que ingresa refiere intención de lactancia materna" (Id 13)</p> <p>"Refiere intención de lactancia materna. Experiencia previa de casi 1 año y medio" (Id 14)</p> <p>"Verbaliza intención de lactar" (Id 28)</p> <p>"Verbaliza intención de lactar" (Id 31)</p> <p>"Intención de lactancia materna, pero dice que se desanima luego mucho en el hospital" (Id 34)</p> <p>"Refiere intención de lactar" (Id 48)</p> <p>"No hace educación maternal porque según ella no lo necesita. Tiene experiencia con su madre y hermanas. Se considera pro lactancia materna" (Id 70)</p> <p>"Yo no me sentí presionada porque quería lactancia materna, con tiempo en la habitación a la prisa, pero echo de menos unas pautas claras de la lactancia materna durante tiempo más prolongado, no a cuenta gotas, también sé que la carga de trabajo influye" (Id 196)</p>
Intencionalidad de lactancia artificial	<p>"Lactancia artificial por decisión materna; tras mala experiencia con lactancia materna en parto anterior" (Id 51)</p> <p>"Lactancia artificial por decisión y voluntad propia" (Id 52)</p> <p>"Ella si refiere haberse sentido muy mal en la unidad al decir que decidía lactancia artificial. Se sintió "mala madre"" (Id 54)</p> <p>"Lactancia artificial por deseo materno. Refiere haberse sentido incómoda en su ingreso, sobre todo al principio, en relación con su decisión de lactancia artificial" (Id 57)</p> <p>"Durante el ingreso ella refiere que pidió información sobre lactancia mixta y artificial porque su hijo se quedaba con hambre. Tenía mucho dolor en los pezones y estaba más cómoda usando biberón" (Id 69)</p> <p>"Decide no optar por lactancia materna porque opina que es sacrificado y porque su hermana y su sobrino lo pasaron muy mal y su sobrino terminó con el biberón en menos de tres meses" (Id 79)</p> <p>"Opté por la lactancia artificial y tuve que dar muchas explicaciones. Y no nos daban biberón, eso nos generó más agobio. Estoy contenta de haber decidió dar el biberón" (Id 81)</p> <p>"No nos ayudaron casi nada durante nuestro ingreso con el biberón, se limitaban a traerlos y ya está" (Id 160)</p> <p>"Nos ayudaron lo justos, y algún enfermero y pediatra nos echó en cara que no dábamos el pecho" (Id 164)</p> <p>"El personal es amable pero no me ayudaron y cuando decidí lactancia artificial también fue muy duro. Son amables, pero están para ayudar a las madres y si ellos no saben..." (Id 195)</p>
Lactancia mixta	<p>"La madre verbaliza que las continuas presiones para darle biberón por parte de su madre, le generan ansiedad continua. Finalmente opta por lactancia mixta" (Id 19)</p> <p>"En sus hijos previos en uno tiene experiencia de cinco meses máximo de lactancia. Refiere usar en biberón desde el primer momento con todos sus hijos" (Id 56)</p> <p>"Ella solicita voluntariamente desde el ingreso lactancia mixta, refiere que no supimos entenderla y que en parte ella se desanimó y optó por el biberón. Refiere variabilidad" (Id 61)</p> <p>"Durante el ingreso ella refiere que pidió información sobre lactancia mixta y artificial porque su hijo se quedaba con hambre. Tenía mucho dolor en los pezones y estaba más cómoda usando biberón" (Id 69)</p> <p>"Madre inexperta, que además no acude a clases de preparación al parto. Tras hablar con ella me indica que no preguntaba por susto. Y que no le explicábamos mucho. Le preguntábamos que tal el niño, pero no nos parábamos mucho con ella. Aun así, le dio casi tres meses el pecho y dos más con suplementos" (Id 79)</p>

2. Categorización de la experiencia previa de la madre	
Experiencia y/o formación previa	<p>"Refiere intención de lactancia materna. Experiencia previa de casi 1 año y medio" (Id 14)</p> <p>"Solo tiene experiencia de lactancia materna en su cuarto hijo y de solo cuatro meses con mucho esfuerzo, tiene mal recuerdo. Antes de irse de alta decide lactancia artificial, llegando incluso a apoyar la lactancia materna con pezonera. Finalmente, por decisión materna decide lactancia artificial" (Id 15)</p> <p>"Son inexpertos y refieren que durante su preparación del embarazo no recibieron información sobre lactancia materna y sí mucho sobre formulas artificiales en su entorno y a nivel sanitario" (Id 16)</p> <p>"Experiencia previa de lactancia materna no muy agradable, aunque refiere que de este último parto está más contenta" (Id 20)</p> <p>"No tenía educación maternal. ¿Por ser extranjera?" (Id 26)</p> <p>"No ha recibido educación maternal. Refiere porque no se la han ofrecido" (Id 27)</p> <p>"Lactancia artificial por decisión materna; tras mala experiencia con lactancia materna en parto anterior" (Id 51)</p> <p>"En sus hijos previos en uno tiene experiencia de cinco meses máximo de lactancia. Refiere usar en biberón desde el primer momento con todos sus hijos" (Id 56)</p> <p>"Refiere experiencia previa con sus hijas anteriores de cuatro meses de lactancia, pero en este hospital ha ido mejor" (Id 63)</p> <p>"No hace educación maternal porque según ella no lo necesita. Tiene experiencia con su madre y hermanas. Se considera pro lactancia materna" (Id 70)</p> <p>"Decide no optar por lactancia materna porque opina que es sacrificado y porque su hermana y su sobrino lo pasaron muy mal y su sobrino terminó con el biberón en menos de tres meses" (Id 79)</p> <p>"Refiere una experiencia previa de lactancia materna horrible, y habla de que el personal sanitario daba órdenes, pero no la escuchaba y no lo ayudaban cuando lloraba" (Id 188)</p>
3. Categorización de potenciales barreras	
Idioma	<p>"Habla regular el español y en algunos momentos nos traduce su marido. Ellos agradecen mucho nuestra ayuda" (Id 6)</p> <p>"Refiere no recordar algunas cosas. Respecto a la lactancia materna hace referencia en su historia a que eran poco colaboradores. Hago la entrevista a ella y su marido por barrera idiomática" (Id 42)</p>
Hipotiroidismo	<p>"Ella manifiesta que compartir habitación en una situación como esta, donde quieres intimidad es un punto negativo" (Id 5)</p> <p>"Refiere que el personal trabaja muy bien, pero que cada uno que llegaba a la habitación "le contaba una cosa" y le generaba muchas dudas. Tanto en este embarazo como en el anterior" (Id 66)</p>

<p>Ausencia de información y/o atención</p>	<p>"Refiere poco apoyo y mucha variabilidad" (Id 2) "Refiere amabilidad del personal, pero tener que estar "muy encima" para que le hicieran caso" (Id 10) "(...) que le aclaráramos. Por ejemplo, qué hacer con una grieta en el pezón derecho; que le dolía mucho y le daba mucha rabia. Da gracias a una amiga de un grupo de apoyo" (Id 23) "No tenía educación maternal. ¿Por ser extranjera?" (Id 26) "No ha recibido educación maternal. Refiere porque no se la han ofrecido" (Id 27) "Reclama más educación, aunque tengas experiencia previa, y un poco más de amabilidad por parte de algún personal" (Id 41) "Destaca que al no ser primeriza y tener experiencia, no le hemos dedicado toda la atención que deberíamos" (Id 45) "Refiere que su primera experiencia fue muy mala, que no la ayudamos y que en la segunda tampoco. Le pregunto para obtener información, pero refiere mucha desilusión con la ayuda sobre todo en madres jóvenes. Que la tratamos de tonta" (Id 46) "Refiere haber recibido poco apoyo en el hospital y más ayuda de su entorno. No sabe si por su cultura" (ID 53) "Madre inexperta, que además no acude a clases de preparación al parto. Tras hablar con ella me indica que no preguntaba por susto. Y que no le explicábamos mucho. Le preguntábamos que tal el niño, pero no nos parábamos mucho con ella. Aun así, le dio casi tres meses el pecho y dos más con suplementos" (Id 79) "Opté por la lactancia artificial y tuve que dar muchas explicaciones. Y no nos daban biberón, eso nos generó más agobio. Estoy contenta de haber decidió dar el biberón" (Id 81) "Realmente en el hospital no me convencieron. Tampoco me ayudaron tantísimo. Eran amables eso sí" (Id 83) "Se debería informar de forma más detallada y completa sobre lactancia materna a madres primerizas. Gracias" (Id 94) "Creo deben apoyarnos más en el hospital a las madres que somos primerizas, porque no sabemos y yo estaba muy cansada" (Id 96) "En varias ocasiones traté de contactar con personal, pero no venían, tardaban, con la excusa de cambio de turno, pero tanto de día como de noche. No me daban información de vacunas. Mala comunicación entre los miembros del equipo, parece que trabajan en diferente lugar. Hoy es el único día que me están prestando atención y me voy. Por el resto es un hospital más, no he visto nada mejor que en otros" (Id 101) "No nos ayudaron casi nada durante nuestro ingreso con el biberón, se limitaban a traerlos y ya está" (Id 160) "Nos ayudaron lo justos, y algún enfermero y pediatra nos echó en cara que no dábamos el pecho" (Id 164) "No tuve apenas apoyo ni ayuda, como tenía experiencia apenas se pararon conmigo. Me sentí mal, al hacer preguntas que me contestaban como si yo fuera boba" (Id 179) "Refiere una experiencia previa de lactancia materna horrible, y habla de que el personal sanitario daba órdenes, pero no la escuchaba y no lo ayudaban cuando lloraba" (Id 188) "Yo sigo con lactancia por mi marido, me ayuda mucho, ni por el personal ni por el apoyo a la lactancia" (Id 194) "El personal es amable pero no me ayudaron y cuando decidí lactancia artificial también fue muy duro. Son amables, pero están para ayudar a las madres y si ellos no saben..." (Id 195) "Yo no me sentí presionada porque quería lactancia materna, con tiempo en la habitación a la prisa, pero echo de menos unas pautas claras de la lactancia materna durante tiempo más prolongado, no a cuenta gotas, también sé que la carga de trabajo influye" (Id 196) "No me manejaba bien, y en el hospital no me explicaron nada" (Id 215)</p>
<p>Síndrome de abstinencia</p>	<p>"Se inhibe lactancia por petición materna, aunque existe también indicación facultativa. Valorada por trabajo social. (Id 39)</p>



<p>Grietas</p>	<p>"Se le da aporte con pezonera y finger feeding. No se va con la lactancia materna totalmente favorable por tener grietas" (Id 62)</p>
<p>Ingreso del bebé</p>	<p>"Ingresaron a su bebe por infección del cordón; refiere que el personal damos órdenes y escuchamos poco." (Id 58)</p>
<p>4. Categorización de las percepciones maternas</p>	
<p>Falta de coordinación y/o variabilidad de la información dada</p>	<p>"Variabilidad en su información" (Id 7) "Son inexpertos y refieren que durante su preparación del embarazo no recibieron información sobre lactancia materna y sí mucho sobre formulas artificiales en su entorno y a nivel sanitario" (Id 16) "Refiere que el personal damos órdenes en lugar de consejos; y una vez dado de alta al paciente el hospital no le ofrece apenas apoyo, y atención primaria tiende a las formulas artificiales" (Id 24) "Ella solicita voluntariamente desde el ingreso lactancia mixta, refiere que no supimos entenderla y que en parte ella se desanimó y optó por el biberón. Refiere variabilidad" (Id 61) "Refiere que el personal trabaja muy bien, pero que cada uno que llegaba a la habitación "le contaba una cosa" y le generaba muchas dudas. Tanto en este embarazo como en el anterior" (Id 66) "Estoy agradecida a la ayuda del hospital, pero creo que deben contar todos lo mismo. Eso da mala impresión" (Id 84) "(...) Mala comunicación entre los miembros del equipo, parece que trabajan en diferente lugar. (...)" (Id 101) "Cada persona que venía a la habitación me contaba una cosa, era difícil. Y si preguntaba me contestaban por un altavoz de forma regular. Y no opinan todos igual de las mimas cosas" (Id 148) "Mayor homogeneidad en los protocolos de lactancia entre los diferentes profesionales y categorías, porque nos dicen las cosas a la mujer de la cama de al lado y a mí, diferentes, y muchas no tienes nada que ver con lo que nos dijo otro compañero. Gracias. Nosotros queremos cuidar bien a nuestros hijos" (Id 193) "El personal no es tan experto en lactancia como yo pensaba. Por una mala posición he tenido problemas en todo el tiempo y he dejado la lactancia antes de lo que me gustaría. El personal ofrece versiones contradictorias. Diversidad de opiniones" (Id 199) "Son muy variables las recomendaciones" (Id 212)</p>
<p>Indecisión y/o dudas</p>	<p>"Solo tiene experiencia de lactancia materna en su cuarto hijo y de solo cuatro meses con mucho esfuerzo, tiene mal recuerdo. Antes de irse de alta decide lactancia artificial, llegando incluso a apoyar la lactancia materna con pezonera. Finalmente, por decisión materna decide lactancia artificial" (Id 15) "Ayudó a su madre a criar a varios hermanos y les daba biberón, tuvo muchas dudas con la lactancia materna, que le costó mucho, que le aclaráramos. Por ejemplo, qué hacer con una grieta en el pezón derecho; que le dolía mucho y le daba mucha rabia. Da gracias a una amiga de un grupo de apoyo" (Id 23).</p> <p style="text-align: right;">"Acepta</p>



	<p>colaborar, pero mide mucho las palabras. Reservada con mucha información" (Id 33)</p> <p>"Refiere que el personal trabaja muy bien, pero que cada uno que llegaba a la habitación "le contaba una cosa" y le generaba muchas dudas. Tanto en este embarazo como en el anterior" (Id 66)</p> <p>"Refiere haberse agobiado mucho, y que si tiene otro niño tampoco dará el pecho, dice que somos agradables pero que ella se sintió insegura y que nosotros no pudimos o no supimos ayudarla" (Id 72)</p> <p>"Cada persona que venía a la habitación me contaba una cosa, era difícil. Y si preguntaba me contestaban por un altavoz de forma regular. Y no opinan todos igual de las mimas cosas" (Id 148)</p>
<p>Falta de entendimiento o/y empatía</p>	<p>"Refiere haberlo pasado mal al principio porque no sentía apoyo, y que la juzgábamos" (Id 25)</p> <p>"Reclama más educación, aunque tenga experiencia previa, y un poco más de amabilidad por parte de algún personal" (Id 41)</p> <p>"Destaca que al no ser primeriza y tener experiencia, no le hemos dedicado toda la atención que deberíamos" (Id 45)</p> <p>"Refiere que su primera experiencia fue muy mala, que no la ayudamos y que en la segunda tampoco. Le pregunto para obtener información, pero refiere mucha desilusión con la ayuda sobre todo en madres jóvenes. Que la tratamos de tonta" (Id 46)</p> <p>"Ella solicita voluntariamente desde el ingreso lactancia mixta, refiere que no supimos entenderla y que en parte ella se desanimó y optó por el biberón. Refiere variabilidad" (Id 61)</p> <p>"En la historia de enfermería se refiere a que no colabora apenas. Y está muy reticente a las explicaciones. Ella no dice lo mismo en mi entrevista. Refiere haberse sentido incomoda y presionada. No comprendida ni por familia ni por nosotros" (Id 64)</p> <p>"Creo que todavía existe mucha discrepancia con este tema, y que todavía tenemos que entendernos mejor con las familias" (Id 71)</p> <p>"Refiere haberse agobiado mucho, y que si tiene otro niño tampoco dará el pecho, dice que somos agradables pero que ella se sintió insegura y que nosotros no pudimos o no supimos ayudarla" (Id 72)</p> <p>"Es cierto que sufrí mucho estrés en esos días, y fui consciente con el paso de los días. Los profesionales te dan información (damos porque yo lo soy) sin pensar que el interlocutor no nos está comprendiendo y sin ponernos muchas veces en su lugar. A mí me ha pasado eso con la lactancia materna" (Id 74)</p> <p>"Creo que aún nos cuesta empatizar, un niño da agobio en general, la presión de la lactancia es un aspecto que mal manejado genera mucha angustia. Y yo me sentía así" (Id 76)</p> <p>"Madre inexperta, que además no acude a clases de preparación al parto. Tras hablar con ella me indica que no preguntaba por susto. Y que no le explicábamos mucho. Le preguntábamos que tal el niño, pero no nos parábamos mucho con ella. Aun así, le dio casi tres meses el pecho y dos más con suplementos" (Id 79)</p> <p>"Opté por la lactancia artificial y tuve que dar muchas explicaciones. Y no nos daban biberón, eso nos generó más agobio. Estoy contenta de haber decidió dar el biberón" (Id 81)</p> <p>"Realmente en el hospital no me convencieron. Tampoco me ayudaron tantísimo. Eran amables eso sí" (Id 83)</p> <p>"No me manejaba bien, y en el hospital no me explicaron nada" (Id 99)</p> <p>"En varias ocasiones traté de contactar con personal pero no venían, tardaban, con la excusa de cambio de turno, pero tanto de día como de noche. No me daban información de vacunas. Mala comunicación entre los miembros del equipo, parece que trabajan en diferente lugar. Hoy es el único día que me están prestando atención y me voy. Por el resto es un hospital más, no he visto nada mejor que en otros" (Id 101)</p> <p>"El personal tendría que escuchar más y opinar menos" (Id 147)</p> <p>"No tuve apenas apoyo ni ayuda, como tenía experiencia apenas se pararon conmigo. Me sentí mal, al hacer preguntas que me contestaban como si yo fuera boba" (Id 179)</p> <p>"Refiere una experiencia previa de lactancia materna horrible, y habla de que el personal sanitario daba órdenes, pero no la escuchaba y no lo ayudaban cuando lloraba" (Id 188)</p> <p>"Al ser joven me trataban como una tonta, algunas enfermeras" (Id 201)</p>

<p>¿Imposición o alternativa?</p>	<p>"Refiere que el personal damos órdenes en lugar de consejos; y una vez dado de alta al paciente el hospital no le ofrece apenas apoyo, y atención primaria tiende a las formulas artificiales" (Id 24) "Ingresaron a su bebe por infección del cordón; refiere que el personal damos órdenes y escuchamos poco." (Id 58) "El personal tendría que escuchar más y opinar menos" (Id 147) "Nos ayudaron lo justo, y algún enfermero y pediatra nos echó en cara que no dábamos el pecho" (Id 164) "Refiere una experiencia previa de lactancia materna horrible, y habla de que el personal sanitario daba órdenes, pero no la escuchaba y no lo ayudaban cuando lloraba" (Id 188)</p>
<p>Apoyos externos</p>	<p>"Refiere que cuando se va del hospital es difícil que le ayuden con el pecho. Desconoce la presencia de grupos de apoyo a la lactancia" (Id 4) "(...) Da gracias a una amiga de un grupo de apoyo" (Id 23) "Refiere que el personal damos órdenes en lugar de consejos; y una vez dado de alta al paciente el hospital no le ofrece apenas apoyo, y atención primaria tiende a las formulas artificiales" (Id 24) "Refiere haber recibido poco apoyo en el hospital y más ayuda de su entorno. No sabe si por su cultura" (ID 53) "Yo sigo con lactancia por mi marido, me ayuda mucho, ni por el personal ni por el apoyo a la lactancia" (Id 194)</p>
<p>Presión social</p>	<p>"La madre verbaliza que las continuas presiones para darle biberón por parte de su madre, le generan ansiedad continua. Finalmente opta por lactancia mixta" (Id 19) "Ella si refiere haberse sentido muy mal en la unidad al decir que decidía lactancia artificial. Se sintió "mala madre"" (Id 54) "Lactancia artificial por deseo materno. Refiere haberse sentido incómoda en su ingreso, sobre todo al principio, en relación con su decisión de lactancia artificial" (Id 57) "En la historia de enfermería se refiere a que no colabora apenas. Y está muy reticente a las explicaciones. Ella no dice lo mismo en mi entrevista. Refiere haberse sentido incomoda y presionada. No comprendida ni por familia ni por nosotros" (Id 64) "Refiere haberse agobiado mucho, y que si tiene otro niño tampoco dará el pecho, dice que somos agradables pero que ella se sintió insegura y que nosotros no pudimos o no supimos ayudarla" (Id 72) "Es cierto que sufrí mucho estrés en esos días, y fui consciente con el paso de los días. Los profesionales te dan información (damos porque yo lo soy) sin pensar que el interlocutor no nos está comprendiendo y sin ponernos muchas veces en su lugar. A mí me ha pasado eso con la lactancia materna" (Id 74) "Creo que aún nos cuesta empatizar, un niño da agobio en general, la presión de la lactancia es un aspecto que mal manejado genera mucha angustia. Y yo me sentía así" (Id 76) "Opté por la lactancia artificial y tuve que dar muchas explicaciones. Y no nos daban biberón, eso nos generó más agobio. Estoy contenta de haber decidió dar el biberón" (Id 81) "Nos ayudaron lo justo, y algún enfermero y pediatra nos echó en cara que no dábamos el pecho" (Id 164) "El personal es amable pero no me ayudaron y cuando decidí lactancia artificial también fue muy duro. Son amables, pero están para ayudar a las madres y si ellos no saben..." (Id 195)</p>
<p>Sentimiento de soledad</p>	<p>"La paciente refiere en su entrevista, que se ha sentido muy sola después de tener al niño, con su niña fue mejor. Con el niño sentía que nadie la comprendía" (Id 1) "Reclamo que les enseñéis a los padres todo lo que sea preciso para luego en casa poder hacerlo solos y no ponernos nerviosos" (Id 180) "Dar el pecho es duro, en mi primera hija dure menos de tres meses; aquí más, pero es muy duro y se está muy sola" (Id 190)</p>
<p>Desánimo y/o cansancio</p>	<p>"Intención de lactancia materna, pero dice que se desanima luego mucho en el hospital" (Id 34) "Ella solicita voluntariamente desde el ingreso lactancia mixta, refiere que no supimos entenderla y que en parte ella se desanimó y optó por el biberón. Refiere variabilidad" (Id 61) "Muy amables todos, pero yo me encontraba muy mal. Y estaba cansada" (Id 97) "No me manejaba bien, y en el hospital no me explicaron nada" (Id 99)</p>
<p>5. Categorización de buena satisfacción</p>	



Buena satisfacción	<p>"Refiere satisfacción y buen trato. Buena atención" (Id 3)</p> <p>"Habla regular el español y en algunos momentos nos traduce su marido. Ellos agradecen mucho nuestra ayuda" (Id 6)</p> <p>"Refiere amabilidad del personal, pero tener que estar "muy encima" para que le hicieran caso" (Id 10)</p> <p>"Está muy agradecida al personal del hospital" (Id 47)</p> <p>"Refiere experiencia previa con sus hijas anteriores de cuatro meses de lactancia, pero en este hospital ha ido mejor" (Id 63)</p> <p>"Ella dice que hemos sido amables y la hemos ayudado con los dos bebés, el otro se quedó con ella durante su estancia" (Id 78)</p> <p>"Estoy más contenta con mi parto en el HCS que en el hospital donde di a luz a mi primer bebé" (Id 82)</p> <p>"Agradezco profundamente a todo el personal de HCS en la atención al parto y en planta por la ayuda prestada y trato profundamente humano. Les estaré siempre agradecida" (Id 103)</p> <p>"Las visitas no ayudan nada. Gracias por la atención recibida. Se nota la calidad humana, la atención y el trabajo bien hecho. Un diez sobre diez" (Id 105)</p>
--------------------	--

Existe variabilidad en las opiniones obtenidas, aunque podemos localizar alguna que otra postura generalizada en las diferentes fuentes, teniendo siempre en cuenta las características de las personas que componen la muestra.

Si bien es cierto, aunque la generalidad de las opiniones se acerca a la existencia de variabilidad a la hora de facilitar información respecto a algún aspecto determinado, destacan también un trato amable, aunque puntualmente existen discrepancias al respecto.

Nodos	Número de referencias de codific	Número de elementos codificados
Nodos\\¿Imposición o alternativa~	2	1
Nodos\\Apoyos externos	2	1
Nodos\\Ausencia de información y~o atención	2	1
Nodos\\Buena satisfacción	10	1
Nodos\\Desánimo y~o ~cansancio	2	1
Nodos\\Experiencia y~o formación previa	2	1
Nodos\\Falta de coordinación~y~o variabilidad de la inf	2	1
Nodos\\Falta de entendimiento o~y empatía	2	1
Nodos\\Grietas	2	1
Nodos\\Hipotiroidismo	2	1
Nodos\\Idioma	2	1
Nodos\\Indecisión y~o dudas	2	1
Nodos\\Ingreso del bebé	2	1
Nodos\\Intencionalidad de lactancia artificial	2	1
Nodos\\Intencionalidad de lactancia materna	3	1
Nodos\\Lactancia mixta	2	1
Nodos\\Presión social	2	1
Nodos\\Sentimiento de soledad	2	1
Nodos\\Síndrome de abstinencia	2	1

ILUSTRACIÓN 10. ANÁLISIS DE REFERENCIAS Y ELEMENTOS CODIFICADOS. TODOS ELLOS RELACIONADOS CON PERCEPCIONES Y SENTIMIENTOS RELACIONADOS CON LA LM.

12.7.4.1. Categorización de las expectativas de la madre

Identificamos la intención de lactar o de dar lactancia artificial. Existe disparidad de criterios en cuanto a optar por una lactancia o por otra, incluso dentro de cada subcategoría, los puntos de vista son bastante heterogéneos, manteniendo posturas más cercanas al grupo de lactancia materna.

Las madres que “Verbalizan Intención de lactar” lo afirman de manera muy convencida *“Refiere intención de lactancia materna. Experiencia previa de casi 1 año y medio” (Id 14).*

Hay un sinnúmero de factores que se relacionan con la intención de lactar, entre ellos están los factores actitudinales (actitudes hacia la

lactancia materna). Respecto a las actitudes maternas se entiende como los elementos que involucran el grado de valor positivo o negativo que la madre asigna a la lactancia materna; para su mejor comprensión decir que tienen una parte afectiva, conductual y cognitiva. Por otro lado, la "intención de lactar" optando por la alternativa de la lactancia materna exclusiva es el grado de disposición psicológica de la madre para realizar o no realizar lactancia materna exclusiva a sus bebés hasta los seis meses (Britton, McCormick, Renfrew, Wade, & King, 2008; García Méndez, 2010b).

Si observamos el grupo de madres que opta por la lactancia artificial, sí que es cierto, y me gustaría destacar existen dos tipos de opiniones:

- *"Lactancia artificial por decisión materna; tras mala experiencia con lactancia materna en parto anterior" (Id 51)*
- *"Lactancia artificial por decisión y voluntad propia" (Id 52)*

Un tipo de elección basado en experiencias previas y otro basado en una toma de decisiones libre e informada, algo que clarificábamos durante la entrevista con todas las madres que nos respondían que habían elegido la lactancia artificial de forma libre y voluntaria pensando en lo mejor para su bebé y su familia.

Sí que una de las afirmaciones que identificamos en este grupo hace referencia a una de las conclusiones que identificamos en los grupos focales (Área Materno Infantil HCS 2009) en un trabajo de investigación previo y que fueron la base para que se iniciara este trabajo:

"Ella si refiere haberse sentido muy mal en la unidad al decir que decidía lactancia artificial. Se sintió "mala madre" durante su ingreso en la unidad" (Id 54).

En el análisis de Grupos focales realizado en el año 2009, esta fue una de las conclusiones obtenidas: "las madres verbalizan además que: "verse obligadas a abandonar la lactancia materna o de no haber sido capaces de implantarla con éxito genera un sentimiento de culpa muy difícil de superar en algunos casos.""

En el grupo de lactancia mixta, observamos también disparidad de opiniones, nos encontramos desde una elección por experiencia previa, pasando por una madre que *"La madre verbaliza que las continuas presiones para darle biberón por parte de su madre, le generan ansiedad continua. Finalmente opta por lactancia mixta"* (Id 19) información contrastada con la madre durante la entrevista, ya que esta información es determinante para conocer cuando decidió esta alternativa y cuánto tiempo alimento a su hijo con lactancia natural.

Las madres son capaces de tomar de decisiones libres pensando en el beneficio de su entorno, se empoderan y toman el control.

12.7.4.2. Categorización de la experiencia previa de la madre

En esta categoría nos encontramos varias evidencias, y todas ellas hacen referencia a una elección realizada en base a algo ocurrido anteriormente.

Si bien es cierto y me llama la atención ejemplos de experiencias negativas previas que han apostado de nuevo por la lactancia materna, al preguntarle a todas ellas ¿Por qué?, hacienda referencia a *"Quiero lo mejor para mi hijo y dicen que es lo mejor"* (Id 51) (Id 56)

- *"Refiere experiencia previa con sus hijas anteriores de 4 meses de lactancia, pero en este hospital ha ido mejor"* (Id 63).
- *"Experiencia previa de lactancia materna no muy agradable, aunque refiere que de este último parto está más contenta."* (Id 20)
- *"Refiere una experiencia previa de lactancia materna horrible, y habla de que el personal sanitario daba*

órdenes, pero no la escuchaba y no lo ayudaban cuando lloraba” (Id 188).

12.7.4.3. Categorización de potenciales barreras

La barrera idiomática no deja de ser un problema, aunque nuestro entorno de trabajo se adapta continuamente a una realidad multicultural, son muchas las opciones que tenemos; documentación traducida a diferentes idiomas, intérpretes de presencia física todos los días, y un teléfono de teletraducción que funciona 24 horas y al que se accede a través de la plataforma de Salud Responde, a pesar de ello todavía nuestras madres refieren este problema.

- *“Habla regular el español y en algunos momentos nos traduce su marido. Ellos agradecen mucho nuestra ayuda” (Id 6)*

Diferentes patologías como un hipotiroidismo, afectan también a la producción de leche, algo que las madres demandan que debemos informar y ayudar ya que esto genera otra barrera importante al trabajar con ellas. Mal manejo genera frustraciones, insatisfacción, angustia y cansancio; como ellas mismas verbalizan.

- *“Nos ayudaron lo justo, y algún enfermero y pediatra nos echó en cara que no dábamos el pecho” (Id 164)*

- *"No tuve apenas apoyo ni ayuda, como tenía experiencia apenas se pararon conmigo. Me sentí mal, al hacer preguntas que me contestaban como si yo fuera boba" (Id 179)*

En realidad, cuando no ofrecemos información correcta a nuestras madres, u ofrecemos varias versiones para la solución de un problema, estamos reflejando nuestro temor a no poder ofrecer ayuda efectiva para el inicio y establecimiento de la LM. Mientras que sí utilizamos la culpa de forma continuada para generar cambios de estilo de vida, riesgos de fumar, de beber alcohol de no hacer ejercicio etc....

Las decisiones tomadas a base de información completa y correcta, no deben causar sentimientos de culpa.

A la mayoría de nuestras pacientes, lo que les molesta es que no se le ofrezca la información correcta para que ellos puedan tomar una decisión "bien informada".

Se encargan las propias compañías de leche artificial, de socavar la confianza de las mujeres en su habilidad para producir leche materna (Parrilla-Rodríguez & Gorrín-Peralta, 2014).

La "falta de conocimiento" se identificó como uno de los principales factores que contribuyen al abandono de dicha actividad entre otros factores como la falta de interés del personal de salud.

El síndrome de abstinencia es otro de los factores determinantes en el abandono de la lactancia materna, concretamente 3 de las madres entrevistadas presentaron lo plantearon a lo largo de nuestras entrevistas. Verbalizaron dos de ellas que existía variabilidad de opiniones en los profesionales sanitarios al explicarles si podían o no dar el pecho.

Ha existido controversia en relación a la compatibilidad o no de la lactancia materna (LM) en mujeres en tratamiento con metadona, pues hasta 2001, no estaba claro, pues según determinadas bibliografías, estaba contraindicada por la creencia que podría perjudicar al recién nacido (RN). Esto ha impedido que la mayoría de las mujeres bajo tratamiento de mantenimiento con metadona pudiese amamantar ya que el paso de esta sustancia a la leche materna podría ser tóxico para el bebé, debido a la incertidumbre por parte de la madre y de los profesionales de la salud, de saber si era perjudicial o no para ese recién nacido. Sin embargo, recientes estudios no muestran un efecto perjudicial para el RN, sino que, por el contrario, ayudaría al RN a no desarrollar el síndrome de

abstinencia neonatal (Márquez, Romero, Martín, Rodríguez, & Espín, 2016; Ortega et al., 2015).

Las grietas mal manejadas pueden llegar a serlo también, si bien es cierto que muchas son las mujeres que verbalizan éxito en su abordaje. *"Se le da aporte con pezonera y finger feeding. No se va con la lactancia materna totalmente favorable por tener grietas"* (Id 62).

El reingreso de un recién nacido también puede convertirse, mal manejado, en un elemento dificultante de la lactancia. Todos estos son aspectos susceptibles de mejora, y todos ellos recogidos en las guías de buena práctica clínica.



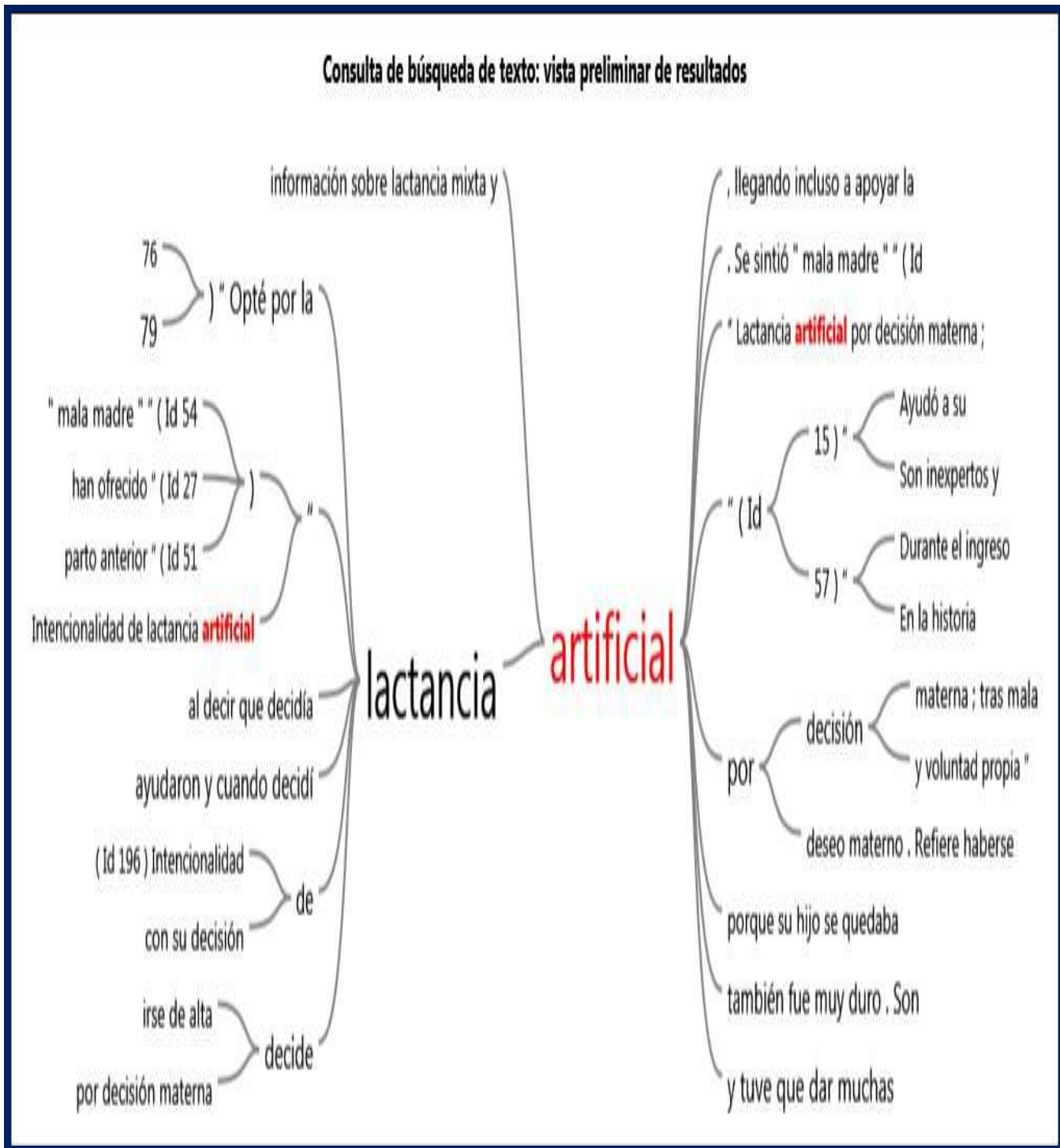


ILUSTRACIÓN 11. EN ESTE ÁRBOL DE PALABRAS COMO EL TÉRMINO "ARTIFICIAL" CONTIENE MUCHAS DE LAS EXPRESIONES VERBALIZADAS POR LAS MADRES EN RELACIÓN CON VOLUNTAD DE DECISIÓN O SENTIRSE "MALA MADRE".

12.7.4.4. Categorización de las percepciones maternas

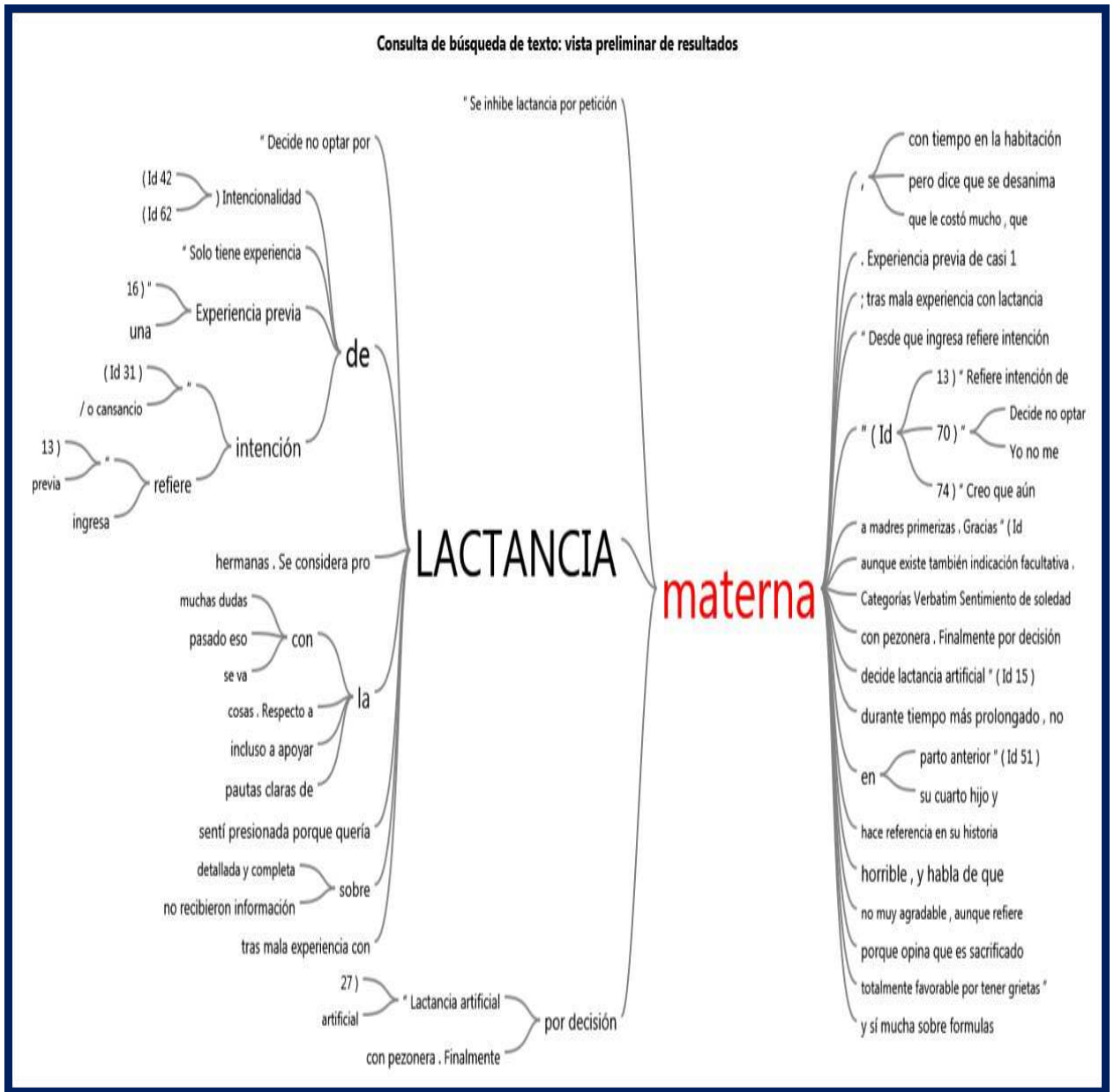


ILUSTRACIÓN 12. EN ESTE ÁRBOL SE OBSERVA COMO EL TÉRMINO "MATERNA" CONTIENE PARTE DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS: OPCIÓN O DECISIÓN DE; INTENCIÓN PARA, CONCEPTOS QUE DESCRIBEN LAS MADRES EN EL PROCESO DE INSTAURACIÓN

La falta de coordinación y/o variabilidad de la información dada, se convierte en uno de las principales barreras, ya referenciados en la

literatura, y que más se repiten en nuestro entorno. Caballo de batalla donde los hay, que debe ser combatido con cambios de actitud y conocimientos.

En prácticamente todas las disciplinas se genera siempre una demanda en relación con la formación teórica y la aplicabilidad de ella a la práctica, siendo preciso realizar cambios no solo organizativos, sino de perspectiva o incluso cambios actitudinales para poder generar mejoras con éxito. Es el ejemplo de la Seguridad Clínica, necesitamos modificar conductas, hábitos y actitudes para generar entornos más seguros.

En nuestro entorno pasa algo similar, poder acompañar a la formación teórica de cambios de actitudes respecto a la lactancia materna. La evidencia científica nos dice que "es fundamental revisar las actitudes y abordarlas, así como valores y creencias del personal. Fomentar la denominada "*practica reflexiva*" Evidencia Nivel III RNAO- Collage of nurses of Notario, 2009.

Acompañar a la formación teórica con un cambio de actitudes sobre la lactancia: es fundamental revisar las actitudes y abordarlas, así como valores y creencias del personal. Fomentar la denominada "*practica reflexiva*" Evidencia Nivel III RNAO- Collage of nurses of Notario, 2009.

La falta de información y variabilidad conllevan indecisión y dudas:

- *"Cada persona que venía a la habitación me contaba una cosa, era difícil. Y si preguntaba me contestaban por un altavoz de forma regular. Y no opinan todos igual de las mismas cosas" (Id 148)*
- *"En varias ocasiones traté de contactar con personal, pero no venían, tardaban, con la excusa de cambio de turno, pero tanto de día como de noche. No me daban información de vacunas. Mala comunicación entre los miembros del equipo, parece que trabajan en diferente lugar. Hoy es el único día que me están prestando atención y me voy. Por el resto es un hospital más, no he visto nada mejor que en otros" (Id 101)*

Ellas refieren también que el personal damos órdenes en lugar de consejos.

La Consejería (determinar el deseo y motivación de la madre para poder amamantar) es otra de las medidas de mejora que la evidencia propone ante la duda que se plantea cuando nos preguntamos si imponemos o bien ofrecemos alternativas.

Las madres verbalizan desconocimiento de recursos y falta de apoyo, *"Yo sigo con lactancia por mi marido, me ayuda mucho, ni por el personal ni por el apoyo a la lactancia" (Id 194).*

"Es cierto que sufrí mucho estrés en esos días, y fui consciente con el paso de los días. Los profesionales te dan información (damos porque yo lo soy) sin pensar que el interlocutor no nos está comprendiendo y sin ponernos muchas veces en su lugar. A mí me ha pasado eso con la lactancia materna" (Id 74)

Son muchas las madres que hacen referencia también a una presión social al respecto de la lactancia materna, que todavía las hace sentirse malas madres si deciden no optar por ella. Verbalizan sensaciones y sentimientos de soledad... "me sentí sola" (Id 1).

Muchas de las madres entrevistadas refieren Sentimientos de culpa, sentimientos de desánimo y cansancio *"Muy amables todos, pero yo me encontraba muy mal. Y estaba cansada" (Id 97)*

12.7.4.5. Categorización de buena satisfacción

Son muchas las madres que refieren satisfacción respecto a la atención recibida:

- *"Estoy más contenta con mi parto en el HCS que en el hospital donde di a luz a mi primer bebé" (Id 82);*

- “Las visitas no ayudan nada. Gracias por la atención recibida. Se nota la calidad humana, la atención y el trabajo bien hecho. Un diez sobre diez” (Id 105)

Afirmaciones como estas son propias de un sobresaliente. Esto nos hace pensar que es posible subir la nota en el resto de asignaturas pendientes para muchas de nuestras madres.

Entre los aspectos positivos se destacan, trato amable, la ayuda recibida, y el trabajo bien hecho.

Nodo A	Nodo B	Coefficiente de correlación de Pearson
Nodos\\Indecisión y~o dudas	Nodos\\Ausencia de información y~o atención	0,750622
Nodos\\Buena satisfacción	Nodos\\Ausencia de información y~o atención	0,701247
Nodos\\Indecisión y~o dudas	Nodos\\Buena satisfacción	0,498358

ILUSTRACIÓN 13. ANÁLISIS DE NODOS CONGLOMERADOS EN RELACIÓN A SIMILITUD DE PALABRAS. COEFICIENTE DE RELACIÓN DE PEARSON.

12.7.5. Líneas de mejora

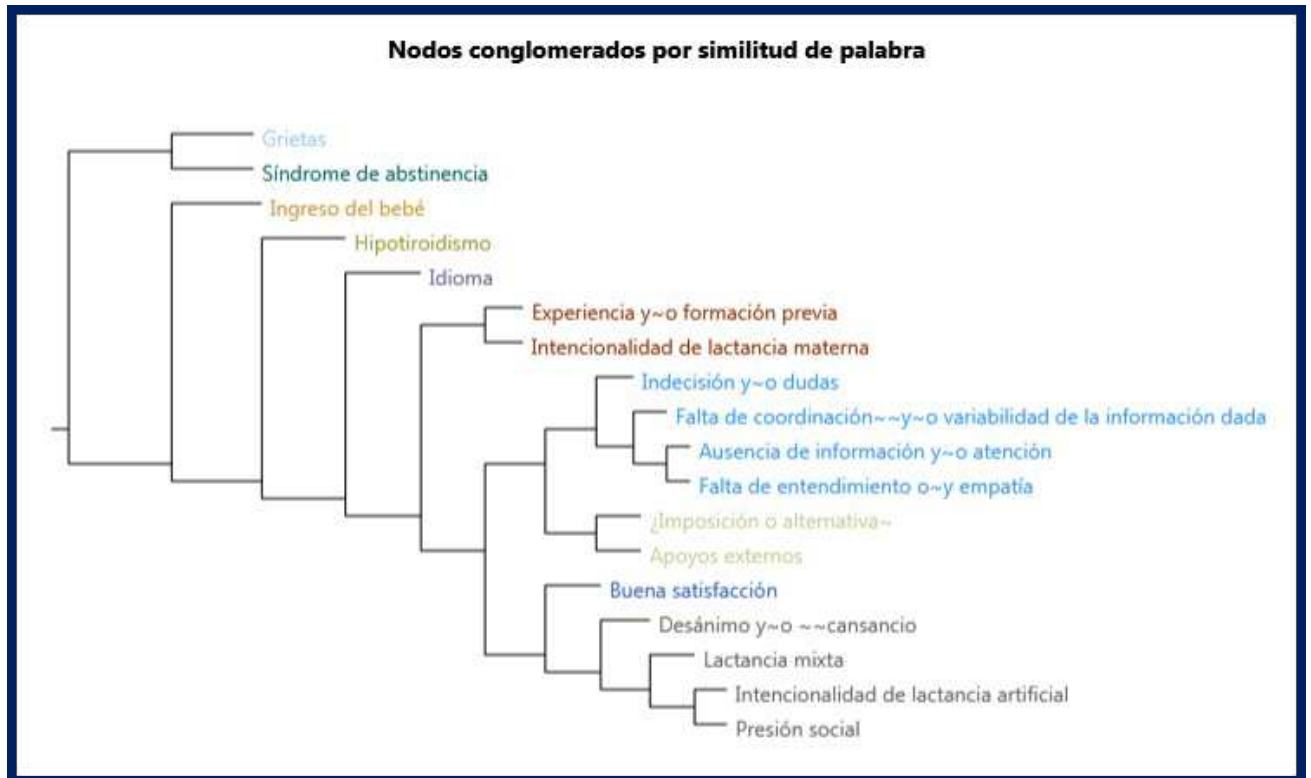


ILUSTRACIÓN 14. NODOS CONGLOMERADOS POR SIMILITUD DE PALABRAS.

Tras explorar las diferentes dimensiones podemos conocer o aproximarnos a la percepción que tienen nuestras mujeres durante la hospitalización en el área maternal.

En nuestros resultados no se han enmarcado solo las voces coincidentes, sino las que se diferencian, proporcionalmente para poder acercarnos a nuestra realidad.

Trabajar en la variabilidad en la atención, sustituir la imposición por la Consejería, opiniones por información basada en evidencia científica y consensuada entre todo el equipo de profesionales.

Preguntar de forma puntual a las madres su opinión, que necesitan, y tratar de adaptar nuestro trabajo a sus necesidades. Orientación al ciudadano real.



13. DISCUSION

El objetivo primario de nuestro estudio fue conocer la influencia de la intervención enfermera sobre el estrés y la ansiedad de las madres en el proceso de instauración de la lactancia materna.

Analizamos a los profesionales del área maternal, y a las madres que estuvieron ingresadas en nuestro centro y a las que posteriormente se les hizo el seguimiento del parto en nuestra zona de salud.

Objetivos:

- conocer las características de los profesionales del área maternal del Hospital Costa del Sol (HCS).

La literatura destaca el papel determinante de los profesionales sanitarios como fuente motivadora para el fomento, promoción y ayuda a la lactancia materna (LM), (Montes, 2015; Pérez Enguídanos & others, 2015^a); ser actualmente un Hospital acreditado por IHAN, nos obligó a analizar nuestra situación y a contrastar nuestros datos con los de diversas publicaciones científicas que sugieren que el personal sanitario carece de un nivel adecuado de competencias en el manejo de la lactancia natural (Gimeno et al., 2001).

El grupo de profesionales que aceptaron voluntariamente realizar la encuesta estuvo constituido 117 profesionales del área maternal;

distribuidos de la siguiente manera: 13 Facultativos Especialistas en pediatría/neonatología (FEA), 65 Enfermera-Matrona (E-M) y un total 39 Auxiliares de Enfermería (AE). La muestra se caracterizó por estar constituida por más mujeres que hombres.

El colectivo de FEA está compuesto por una muestra equilibrada de pediatras y neonatólogos. El pase de planta de maternidad en el HCS se realiza indistintamente de la especialidad por lo que no es un dato significativo.

El colectivo con más edad resultó ser el de FEA, resultado que fue significativo, puesto que hay estudios que indican que, a mayor edad, es más difícil ser flexible y adaptarse a los cambios (Sabatés, 2013).

En los tres colectivos existe mayor el porcentaje de personal fijo, que interino; el personal fijo conoce y debe aplicar mejor los protocolos, tiene mayor accesibilidad a los recursos, así como el mantenimiento de las buenas prácticas puestas en marcha frente al personal interino, salvo que éste sea de larga estancia.

El porcentaje de profesionales formados en LM en el área maternal, aunque es elevado, no alcanza el porcentaje exigido por IHAN. Del personal no formado, alrededor de un 8% es personal interino de escasa permanencia en el área; de los profesionales formados más de la mitad de ellos, lo están con el Plan de formación Interno del HCS.

El HCS desarrollo en 2009 un modelo de Competencias estableciendo niveles de cumplimiento. Reconoce competencias de aplicación general como el manejo del dolor, y competencias específicas.

Este enfoque competencial fue uno de los cambios más importante en la educación del siglo XXI. Procura la participación activa del profesional en su propio proceso de aprendizaje, haciéndolo consciente de su progreso, ayudándolo a gestionar su propio conocimiento y facilitándole el "saber" necesario para la adaptación a un entorno cambiante e imprevisible (Martínez-Clares et al., 2008).

El área materno-infantil en coherencia con el modelo de Acreditación de IHAN, y el PHAPA desarrolló una competencia específica de Manejo de la Lactancia Materna. La cual está completamente implantada. El porcentaje mayor de profesionales se encuentra en Nivel II (Avanzado). En Nivel III (Excelente) se destacan los colectivos enfermeros y actualmente el Nivel I (Básico), se corresponde al personal de nueva incorporación en el servicio (menos de 5 años).

Objetivos:

- conocer las actitudes de los profesionales sobre la LM según los criterios de evaluación de la iniciativa IHAN.

Los resultados de nuestro estudio son los siguientes:



En relación con la formación en lactancia materna, el colectivo que tuvo más profesionales formados fue el de FEA; de los profesionales un porcentaje elevado, aunque mejorable (74%) se formó a través del plan interno del Hospital.

Cada uno de los colectivos tiene como mínimo un formador, los formadores del equipo de FEA y de Enfermeras-Matronas, están acreditados por IHAN. Es un dato positivo, que garantiza la docencia tanto al alumnado en prácticas, como al personal de nueva incorporación. Cumpliendo así la exigencia de IHAN.

El porcentaje de acciones investigadoras todavía no supera el 50% entre los tres colectivos (43,6%) aunque se destaca el personal FEA; los otros dos colectivos han colaborado con el desarrollo de las políticas escritas y visuales respecto a la LM, ayudando a divulgarla a través de cartelería, pantallas de televisión, y otro tipo de actividades que lidera el Comité de Lactancia; estas políticas se ejecutan desde la Dirección participativa por objetivos.

El 100% de los FEA, frente a los otros dos colectivos, refirieron conocer la iniciativa IHAN. El personal que refirió no conocerlo (12,8%) es fundamentalmente personal interino, destacando que, la mayoría llevan en el área más de 6 meses por lo que no es justificable su respuesta.

En cuanto a la intervención de información a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna, están más adheridos los dos colectivos de enfermería (65%). Este es un porcentaje de cumplimiento bajo que nos obliga a una intervención urgente dada la exigencia de la IHAN de un 100%.

Otra de las recomendaciones es explicarles los principales prejuicios o inconvenientes de la lactancia artificial (LA). Esto ayudara a aquellas madres más indecisas, a para poder tomar una decisión más libre e informada.

El mayor porcentaje de cumplimiento lo tuvieron las AE (33,3%) aunque la mayoría de ellas se basaron en su propia experiencia en el manejo de fórmulas artificiales. Más del 50% de los profesionales encuestados refirió no haber recibido formación en LA; manifestaron encontrarse más seguros entregando un folleto informativo a las madres al no tener suficientes conocimientos.

En relación con las políticas escritas relativas a la LM, los dos colectivos enfermeros son los que más las conocen, aunque con porcentajes de cumplimiento escasos. Destacó como recurso más conocido la cartelería de "25 razones para dar el pecho", seguida de lejos del Protocolo de LM; algo preocupante y que nos obliga a reflexionar es que muy pocos referenciaron conocer la "Guía Rápida de LM" dirigida a los profesionales de nueva incorporación.

Conocer la existencia del Comité de LM, es uno de los criterios de mayor cumplimiento (83%), algo que pone de manifiesto el buen funcionamiento del Comité, así como de todas sus actividades.

Coincidieron los porcentajes de profesionales que no conocían el Comité con los que no conocían la Iniciativa IHAN.

Respecto a si conocían recursos de ayuda externos como "los Grupos de Apoyo a la LM" o el teléfono de ayuda a la lactancia, refieren mayor conocimiento los colectivos de enfermería, respecto al colectivo FEA, sin embargo, los porcentajes más altos de cumplimiento siguen estando por debajo del 87%. Datos muy mejorables si tenemos en cuenta que es una información que debemos transmitir al 100% de las madres que optan por la Lactancia Materna Exclusiva (LME) al alta.

Uno de los criterios más relevantes y que determina la literatura que más han beneficiado a nuestras madres y sus recién nacidos es el "Contacto piel con piel" (CPP).

La muestra de profesionales (73,5%) que aconsejan habitualmente esta buena práctica, identificaron beneficios: 1. el vínculo-apego (29,9%) o 2. la lactancia materna (49,6%). Solo el colectivo de FEA identificó en un 15,2% los dos beneficios a la vez.

Solamente se identificaron 4 casos de método canguro aplicados en casos de cesárea (16%), lo que nos sugiere otra medida de mejora. En el HCS la madre hace la recuperación en otra área diferente permaneciendo separada de su RN entre 1,5 y 2 h.

Un trabajo cualitativo analizó el comportamiento y los resultados generados en los padres de los recién nacidos de cesáreas, los cuales habían realizado CPP inmediato. Los autores concluyeron que el padre puede procurar el hábitat adecuado para el desarrollo del neonato y el inicio posterior de la LM de una forma más relajada y menos traumática y sentirse participe del proceso del nacimiento en ausencia de su madre (Rengel Díaz, 2012). Recomendación con evidencia científica: Incorporar al padre en el proceso: (*Recomendación D*). (Estrada Rodríguez et al., 2010) .

Zanardo et al. (2010), estudiaron el efecto de la cesárea sobre la LM y observaron que su prevalencia en la sala de parto fue significativamente más alta en partos vaginales que en cesáreas (71% frente al 3,5%, $p < 0,001$), siendo más largo en estas el intervalo entre el nacimiento y el inicio de la LM. No se encontraron diferencias significativas en las tasas de LM entre la cesárea electiva y los grupos de cesárea urgente (Maldonado, Escós, & Aguilar, 2011).

Gómez Papi et al. (2004) encontraron que los recién nacidos que permanecieron más de 70 minutos en CPP con sus madres

inmediatamente después del parto eran hasta ocho veces más propensos a amamantar espontáneamente (Aguayo et al., 2004; Rengel Díaz, 2012).

Doganay y Avsar con el objetivo de comparar el momento en que empieza la lactancia y la cantidad de leche producida en 24h en grupos de mujeres que habían sufrido cesárea, constataron que el hecho de estar en trabajo de parto cuando se indica la cesárea, la primera secreción láctea fue más precoz y la cantidad producida en 24 horas mayor que en el grupo de mujeres con cesárea electiva, en las que los mecanismos de parto no se habían desencadenado (Doganay & Avsar, 2002).

Se observaron diferencias significativas en este aspecto de la atención entre los hospitales IHAN notablemente mejores que en otros hospitales ($p < 0,001$). El 4º paso del Decálogo habla de *"Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto"*. Sin embargo, acortar el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio de la LM no se asoció significativamente con la continuación de la LM a los 8 meses después del parto ($p=0,642$), (Rengel Díaz, 2012).

Otro criterio, relacionado con el manejo del dolor, en concreto con el uso de medidas no farmacológicas, se cumple más por parte del personal que integra el equipo de enfermería (E-M y AE), que por los

facultativos. De las medidas identificadas, el equipo de enfermería destaca en el uso de terapias/alternativas, siendo el resultado significativo. Si bien estas medidas no son tan variadas como en el estudio de Sánchez Erce et al. (2012); las más utilizadas son la sacarosa y la hidroterapia, refiriéndose también el amamantamiento, pero en menor proporción.

Otra de las intervenciones, de obligado cumplimiento es la realización de la historia de lactancia siendo precisa una adecuada valoración de los factores de riesgo. En nuestro estudio destaca el personal FEA, con un cumplimiento muy superior frente al colectivo de Enfermera-Matrona (38,2%). Esto es determinante porque de una buena valoración van a depender muchas de las intervenciones que se van a desarrollar a lo largo de la estancia hospitalaria.

Respecto a si la leche materna es lo mejor, un 39,3% de los profesionales (n=46) consideraron que no siempre es lo mejor para él bebe argumentando diversos motivos: un 60% se correspondieron con falsos mitos como la escasez de leche o que la madre sea fumadora, frente a un 40% que se correspondieron con contraindicaciones reales, como madres drogodependientes o VIH.

Si comparamos los resultados de nuestro estudio con los de otros, nos encontramos que un 11,1% del total de los encuestados consideraron que la leche materna no siempre es de buena calidad.

De ese 11,1% el 80% (n=10) piensan que la dieta influye en la calidad de la leche (Gimeno et al., 2001; Lázaro Melero & others, 2015).

El 100% de los profesionales encuestados estuvieron de acuerdo con que la lactancia materna favorece la relación psicoemocional, respecto a la prevención de infecciones solo un 5,1% respondieron no estar de acuerdo con esta cuestión.

Respecto a la Intervención de Enfermería de "Valoración Presencial de la Toma" los colectivos de enfermería indicaron que, "SI la realizan correctamente", aunque los porcentajes de cumplimiento fueron bajos. Realizarla correctamente implicó el cumplimiento de todas las actividades desde la primera toma hasta el alta hospitalaria. Del total de la muestra, un 62% respondieron realizar esta intervención las veces que haga falta y dependiendo del tiempo que necesite cada madre. Respecto al tiempo invertido indicaron la opción óptima:" siempre que sea preciso, hasta que se realice de manera adecuada" el 31% de la muestra.

Al plantearle a la muestra de FEA estas mismas cuestiones, nos respondieron lo siguiente:

Valoración de la toma: ¿Ha realizado alguna vez una "Valoración presencial de la Toma"?

Este es un criterio de intervención más bien enfermero, que debería tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones clínicas. El personal FEA debería basarse en este criterio para valorar el alta del tándem madre-recién nacido, valorando así si están preparados para seguir con el modelo de lactancia materna en su domicilio. Un 68% refirieron no tener este criterio en cuenta para planificar el alta. Los facultativos no consideran "fiable" la valoración de la toma y consideraron de forma unánime que existe variabilidad en la información/educación facilitada a las madres por parte del equipo de enfermería.

Menos de la mitad del colectivo de FEA dicen conocer el procedimiento y haber realizado una valoración de la toma alguna vez; respecto al tiempo invertido en dicha valoración solo 3 de ellos respondieron de forma óptima, misma respuesta que en caso de la reevaluación.

Podemos comparar nuestros resultados con los obtenidos en una encuesta realizada en la Comunidad Valenciana, en el año 1997, y podemos observar que : la gran mayoría del personal sanitario creía que la leche materna era el mejor alimento para el lactante, aunque todavía un número considerable de profesionales (alrededor de un 20%) pensaba equivocadamente que hay leche materna de mala calidad y que la dieta de la madre puede alterar la calidad de la leche

(80%); alrededor de un 46% cree que una dieta laxante en la madre alteraba las deposiciones del hijo. También se coincide en las numerosas ventajas que ofrece la lactancia materna: favorece la relación psicoemocional entre madre e hijo, protege frente a infecciones (Gimeno et al., 2001).

En ese estudio un 90% de los profesionales opinaron que la LM es lo más beneficioso para madre-recién nacido (RN), mientras que en el nuestro lo hicieron un 76%; en ese estudio 36,7% opinaron además que para la madre sigue siendo más cómodo utilizar el biberón. La mayoría de los profesionales por motivos diversos, opinaron que las madres no poseen información suficiente respecto a la lactancia materna; considerando necesario incrementar en los Centros sanitarios la información sobre la lactancia para mejorar la calidad de vida de las madres-RN. Destaca ese estudio que programas elaborados puntualmente con este motivo ya han demostrado con éxito un aumento de las tasas de amamantamiento (Gimeno et al., 2001).

Otra encuesta en este caso aragonesa (Sánchez-Erce et al., 2012) posteriormente ampliada a Canarias y Comunidad de Madrid, analizo muchas de las variables también recogidas en nuestro estudio. Pretendieron analizar las actitudes de los profesionales (70% pediatras, 8% enfermeras, 11% matronas, 8% médicos de familia,

4% otros profesionales) sobre LM, comparando resultados en varias comunidades autónomas y finalmente planteando líneas de mejora y sus resultados fueron: El 63% de los profesionales conocía la Iniciativa IHAN, el 45% conocía la existencia de Comités de LM, así como un documento escrito sobre ella en su centro frente a un 39% que no lo conocían y un 13% que no sabe/no contesta. Nuestros porcentajes en este sentido son mejores. El 57,6% conocían la existencia de grupos de apoyo. El 76% habían recibido algún tipo de formación en LM, y en el 34% de los casos su centro había impartido alguna actividad formativa sobre LM en los últimos 3 años, datos es este aspecto por debajo de los nuestros. Un dato que destaca sobre el nuestro es que el 87,2% habían recomendado el método canguro. Las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor fueron aconsejadas por el 83% de los encuestados: entre las medidas recomendadas el 80% estuvieron el contacto piel con piel y las caricias, un 80% el amamantamiento, 48% método canguro, 31% sacarosa y 25% medidas de contención (Sánchez-Erce et al., 2012).

El 81% de los encuestados refirió hacer una "Valoración Presencial de la Toma" cuando lo estimaba necesario, y un 57,4% respondieron haber recibido en los últimos tres años ayudas de los fabricantes de sucedáneos. Dato que determina que todavía existe un importante



incumplimiento por parte de la industria, así como de los propios profesionales del Código de Comercialización de sucedáneos.

Otros estudios han demostrado que mejorar el adiestramiento de los profesionales de la salud en el campo de la lactancia, genera resultados favorables. En el seguimiento de un estudio estadounidense, las enfermeras y otros profesionales de la salud recibieron instrucción sobre lactancia natural (Morales, 2013). Esto repercutió en la incorporación de políticas y reglamentos hospitalarios de manera que aumentaron la incidencia y el uso exclusivo de la leche materna para alimentar a los bebés, o en la modificación de prácticas hospitalarias de promoción, educación y asesoramiento de las madres antes de iniciarse en la lactancia. Al analizar la eficacia de los diferentes proyectos de promoción de la lactancia en todo el mundo, se observó que tenían un elemento en común: el adiestramiento del personal de enfermería y de otros profesionales de la salud sobre las ventajas de la lactancia natural (Morales, 2013). En otros estudios, incluido uno mejicano, también se ha comprobado la función clave de los trabajadores de salud comunitarios en la adopción de la LM y su continuación bajo condiciones óptimas (Rodríguez-García & Schaefer, 1991).

El amamantamiento tiene un componente instintivo innegable, pero precisa un aprendizaje que antiguamente era transmitido entre

mujeres y de madres a hijas. Estos conocimientos se pierden a lo largo del siglo XX y en la actualidad la educación maternal es responsabilidad de personal sanitario. Tras consultar varios estudios sobre la influencia que ejerce la educación y la información durante el embarazo y en la elección del tipo de lactancia, podemos afirmar que aumenta la duración de la LM y supone mayor implicación por parte de la familia (Sesma, Villacastillo, & Fleta, 2009).

El 100% de centros sanitarios imparten programas de educación maternal, y a pesar de los beneficios la proporción de mujeres que acuden es muy baja entre un 26% y un 44% (Galiano & Rodríguez, 2013), datos que son similares a los de nuestro estudio. Son varias las revisiones sistemáticas que muestran lo beneficioso de la educación sanitaria, concluyendo que los profesionales sanitarios deberían recibir más formación (Britton, McCormick, Renfrew, Wade, & King, 2007; Guise et al., 2003). Otras revisiones consultadas identifican propuestas de intervención para promover la iniciación de la LM como "aumentar las sesiones educativas en pequeños grupos durante el periodo prenatal, conjuntamente entre profesionales sanitarios y grupos de iguales" algo similar estamos pilotando en el área maternal del HCS previo al alta domiciliaria, desde junio de 2015 sin resultados evaluados todavía; estas sesiones pretenden "evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas" o "facilitar el acceso a

la educación sanitaria". Como propuesta de alternativa a la formación presencial se presenta la formación "on-line" y su argumento es que requiere menos tiempo por parte del personal (Fairbank et al., 2000; Pate, 2009).

La información y educación son variables importantes, tanto enseñar a la madre como se da el pecho como haberla informado sobre la LM en el hospital favorecen su inicio y seguimiento, así como informar de la existencia de grupos de apoyo. Se identifican en este estudio que "tanto el inicio como el abandono" de la LM en la mayoría de los casos son debidos a una serie de consejos erróneos y a una falta de apoyo por parte del entorno familiar y sanitario, afirmando que "la formación de los profesionales de salud en general es ineficaz". No siendo solo efectivos los conocimientos sino un cambio que actitud que viene con la experiencia y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación para madres-RN, la fisiología, mecánica, problemas y posibles soluciones (Sesma et al., 2009).

Los factores relacionados con la estancia en el hospital y la duración de la LM están muy bien comentados en las Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural; base científica de la IHAN. Según Casanova y cols. (2005) se observó que la educación sanitaria realizada por la enfermera hospitalaria es básica para el correcto inicio y la continuidad de la LM, y que depende del tiempo

dedicado (> 15 min) y de la satisfacción de la madre (Casanova, Casanova, Juan, Mariscal, & Esquiús, 2005).

En nuestro estudio, analizamos las percepciones de los profesionales, sobre tres aspectos relacionados con la ansiedad materna, y su significación con las variables identificadas en nuestra revisión bibliográfica. La ansiedad fue verbalizada por muchas de las madres en los grupos focales y su posible relación con la falta de información, en el pre y postparto. Los profesionales respondieron de forma unánime que las madres no reciben suficiente información y que esto "SI" influye en sus niveles de ansiedad.

Respecto a la variabilidad en la información un porcentaje superior al 60% de los profesionales de los colectivos de enfermería respondieron que "SI EXISTE", algo a lo que los FEA respondieron de forma unánime referido tanto al contenido de la información como a la forma de transmitirla. Según Sánchez-Erce et. al (2012), un 46% refleja variabilidad en la forma de actuación del personal ante la LM.

Las variaciones de la práctica clínica han sido poco estudiadas en enfermería; la mayoría de los trabajos encontrados muestran que existe variabilidad, pero pocos han buscado variables relacionadas con la misma y son, prácticamente inexistentes los que consideran la variabilidad en función de variables de distinto nivel (personales, de unidad, de centro, región, etc.). Futuras investigaciones deberán

centrarse en la búsqueda de variables predictivas de la variabilidad para hacer frente a las variaciones injustificadas que se detecten. El uso de una taxonomía común, la estandarización de los cuidados o los protocolos o guías de práctica clínica surgen como una vía de solución para reducirla (Fernández de Maya, Richart Martínez, & others, 2012). La variabilidad es un fenómeno que existe, pero que en muchos casos se desconoce (Fernández-de-Maya & Richard-Martínez, 2010).

Otra de las cuestiones planteadas a los profesionales estuvo relacionada con: *“Actitud de modificación de prácticas para favorecer la LM”*: los profesionales respondieron en un porcentaje muy similar, inferior al 50%, su intención de modificar conductas o adaptar prácticas. Datos poco alentadores, teniendo en cuenta que la muestra la compone una población mayoritariamente joven, que son los que la bibliografía determina que se adaptan mejor y son más flexible a los cambios (Sabatés, 2013).

La implantación exitosa de la mayor parte de las medidas IHAN requiere actitudes favorables por parte de los profesionales siendo más una cuestión motivación que de costosos recursos (Bernal Arias, Orjuela Céspedes, & others, 2014).

Respecto a la pregunta que les realizamos sobre si *¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación?: “Una de las principales barreras*

identificadas por las madres en el proceso de instauración de la lactancia materna, es la presión generada por los propios profesionales” (Presión generada respecto a la toma de decisiones y al inicio de la LM). Los colectivos entrevistados verbalizaron en más del 50% “ESTAR DE ACUERDO” con esta afirmación. Siendo el colectivo de Enfermera–Matrona el que difiere un poco más en un porcentaje ínfimo. Esta cuestión se la planteamos también a las madres y analizaremos su respuesta más adelante.

Varios estudios concluyeron que probablemente no se han divulgado suficientemente los “Diez pasos para una feliz lactancia natural” de la OMS/UNICEF en los Centros sanitarios. Existiendo todavía ciertos conocimientos erróneos, posiblemente, transmitidos por tradición popular incluso al personal sanitario, como son el uso habitual de chupetes, el horario fijo de alimentación o que el biberón es más cómodo para la madre (Gimeno et al., 2001).

Objetivos:

- Conocer las características de la población de madres-recién nacidos estudiada

La media de edad es de 32,4 años. La edad gestacional media fue de 38,3 semanas, con nivel de estudios medio. La mayoría de ellas tuvieron un parto vaginal, habiendo un porcentaje de cesáreas de

alrededor de un 15%. La mitad de nuestras madres eran primíparas, y un 15% tienen más hijos y más de la mitad de esas madres han tenido su parto en los últimos 5 años. El tipo de LM previa, fue predominantemente LME con un 71% frente a un 16,4% de LA.

Entre los recién nacidos, tenemos un porcentaje bastante equilibrado de varones y de hembras, y la media de peso al alta es de 3.200 gramos.

Objetivo:

- Valorar los conocimientos de las madres incluidas en el estudio sobre buenas prácticas para la lactancia materna

Las madres han valorado los criterios de buenas prácticas de la IHAN, de la siguiente manera:

- **Criterio 1:** "Contacto piel con piel" (CPP), en un porcentaje alto respondieron que se cumplía este criterio durante su estancia. Del total de madres que respondieron no haber realizado el CPP prácticamente el 88% refirieron haber sido invitadas a hacerlo, a través del "Método Canguro", en cesáreas, en el que participa el padre, en la unidad neonatal o, si la situación del recién nacido lo permitía en la unidad maternal. El cumplimiento de la primera toma se realizó de forma adecuada en la primera hora de vida en un porcentaje muy elevado concretamente en los

primeros 50 minutos, durando alrededor de 90 minutos antes de ser trasladadas a la unidad de hospitalización donde un 25,5% de las madres mantuvieron ese contacto piel con piel una hora más. Datos positivos y similares a los de otros estudios (Gimeno et al., 2001; Lázaro Melero & others, 2015).

- **Criterio 2:** Hace referencia a la Intervención de Valoración de la Toma, las madres respondieron que se cumplía en un 60%; aunque destacaron que no se aplicaba el protocolo de atención a demanda y reevaluación.
- **Criterio 3:** A la pregunta de si recibían información a su ingreso y durante su estancia sobre LM; algo más de la mitad de las madres respondieron que sí (54%), sobre todo a su llegada a la unidad maternal. Cifra baja y que coincide con la emitida en el grupo de profesionales.

Otros estudios refieren un dato interesante de destacar en la información recibida sobre LM, y es que, aunque el 90% de las madres recibió información sobre la importancia de la LM, no es menor el hecho que eso no ocurrió en el 10% restante, proporción que fue significativamente mayor en el sistema privado de salud. Algo más de la mitad de las madres recibió información en varios momentos y de distintas fuentes, aunque lo ideal sería que eso ocurriera en todos los casos, lo que

refuerza la necesidad de enfatizar el tema durante el embarazo, parto, puerperio y controles de crecimiento y desarrollo (Conejo, 2008; Niño et al., 2012).

- **Criterio 4:** respondieron en un porcentaje mejorable de 78,9% que el contenido de la información que recibieron les resultó útil y necesario en su domicilio.
- **Criterio 5:** se correlaciona con el previo; éste ítem evalúa “cómo se les facilitó la información”, las madres respondieron que fue adecuada en un porcentaje también mejorable de 74,4%.
- **Criterio 6:** Las madres han valorado como satisfactoria en un 74% la ayuda recibida durante el proceso de hospitalización respecto al proceso de LM, así como a los cuidados del recién nacido.
- **Criterio 7:** Los resultados de nuestro estudio mostraron que las madres que se van de alta del entorno hospitalario, recibieron un apoyo muy discreto (35%) en las intervenciones sanitarias posteriores. Llama la atención la baja proporción que reconoce haber recibido información en controles de crecimiento, aunque en muchos casos está incluido en la alternativa “en varios momentos”. Destaca también que una proporción mayor de

madres no recibió información sobre LM en el sistema privado (Niño et al., 2012).

- **Criterio 8:** hace referencia a los recursos que existen una vez que la madre se ha ido de alta a domicilio. Del total de la muestra algo más de la mitad (56%) refirieron conocer a los Grupos de Apoyo; un porcentaje muy bajo refirió conocerlos a través de los profesionales sanitarios, y otro nada desdeñable porcentaje a través de las redes sociales.

Objetivos:

- Identificar la actitud de las madres hacia el mantenimiento de la LM

La bibliografía nos dice que poder identificar a las madres con riesgo de abandono prematuro de la LM, a través de la historia de lactancia, es muy útil para la previsión de recursos y el desarrollo de intervenciones de apoyo a las mujeres que deciden amamantar (Moreno et al., 2014).

Aunque muchas verbalizaron su “Intención de lactar” en la entrevista inicial, este porcentaje no siempre coincide con la prevalencia de LM al alta hospitalaria, tal como muestra nuestro análisis de regresión de COX respecto a la curva de supervivencia de la LME. Una vez que se van de alta muchas mujeres pueden modificar su intencionalidad y de

ella va a depender el éxito o no de la posterior instauración de la LM (Romero Cevallos, 2015).

En nuestro estudio, solo algo más de la mitad de las madres se fueron totalmente convencidas al alta de mantener la LM. Si tenemos en cuenta el resultado prevalencia de lactancia materna a los 3 meses, observamos que ese porcentaje es superior, por lo que muy probablemente muchas de las madres no convencidas (44,3%), llegaron a mantener LME al menos hasta los tres meses y de ellas alrededor de un 9% la mantuvieron hasta los 6 meses. Ese porcentaje de madres no convencidas al alta, hablaron de "falta de confianza" en sus respuestas durante la encuesta.

La confianza materna se puede definir a partir del concepto de "Autoeficacia" desarrollado por Albert Bandura en su teoría social cognitiva (Bandura, 2006): "*Generar intervenciones que aumenten la auto eficacia de las madres reduciendo los niveles de dependencia*". Nivel de Evidencia D. (Quiroz, Vélez, Barrantes, Taxa & Gajardo, 2013).

En la actualidad, existen dos instrumentos internacionales para medir este concepto: la Breastfeeding Self-Efficacy Scale, que cuenta con una versión reducida (BSES-SF), y la Prenatal Breast-Feeding Self-Efficacy Scale. La primera de ellas ha sido validada en nuestro país. Entre los resultados obtenidos, se encontró una correlación positiva

($r=19$; $p < 0,05$) entre el número de hijos de la madre y la puntuación media escala BSES-SF; las mujeres con más hijos tenían puntuaciones más altas en la escala que las primíparas. No encontrándose diferencias significativas con respecto a otras variables como por ejemplo el nivel de estudios. Tuvieron mayores puntuaciones en la escala, mujeres que habían tenido experiencia previa muy positiva de LM e identificaron factores que favorecen mejores puntuaciones como intervenciones específicas de fomento de la LM, o recursos de apoyo. Los autores refieren la escasez de estudios publicados (Llopis Rabout-Coudray et al., 2011).

Objetivo:

- Evaluar el nivel de satisfacción de las madres en cuanto a la ayuda recibida sobre LM

Un porcentaje de madres (74%) verbalizaron satisfacción con la información y ayuda recibida durante su ingreso en el área maternal, resultado mejorable con nuestras intervenciones en los próximos años. Una de las recomendaciones con evidencia 1-A de la guía de la RNAO, indica que "Apoyar el amamantamiento en consultas a demanda; consejos anticipatorios en los controles de salud incrementan la confianza de la madre lactante y disminuye su ansiedad", (RNAO, 2003).

Díaz Sáez et al en el año 2011, analizaron cómo percibían las primíparas la comunicación con los profesionales de la salud y exploraron su satisfacción, necesidades y expectativas hacia los servicios sanitarios. Analizaron una muestra de mujeres puérperas-primíparas residentes en Huércal-Overa (Almería) en 2010. En los resultados se obtuvieron 6 categorías: 1) Profesionales de la salud; 2) Embarazo, parto y puerperio; 3) Comunicación; 4) Alimentación del neonato; 5) Sentimientos; 6) Otros. Destacaron que la información del círculo familiar unida a la de los profesionales, es escasa y contradictoria y contribuye a aumentar sentimientos de desconfianza e inseguridad. Todos los profesionales sanitarios fueron valorados positivamente por trato, al igual que en nuestro estudio. Las contracciones, la dilatación y el parto fueron las experiencias más negativas del proceso. El alta hospitalaria se vivió como temprana y el tiempo dedicado a las consultas se consideró escaso. Demandaron información y apoyo a la LM, así como mayor respeto en sus decisiones sobre como alimentar a sus bebés. Concluyeron identificando posibles áreas de mejora en la comunicación entre las primíparas y el personal sanitario a tener en cuenta respecto a la satisfacción en relación a los servicios sanitarios que se les ofrecen (Díaz-Sáez, Catalán-Matamoros, Fernández-Martínez, & Granados-Gámez, 2011).

Objetivo:

- Identificar los factores causales que provocan estrés y ansiedad

Las madres verbalizaron que los factores causales que los provocan estuvieron relacionados fundamentalmente con la falta de apoyo tanto de su entorno como del personal sanitario y verbalizaron también "que su bebe se quedaba con hambre". Motivos que coincidieron con las causas que posteriormente llevaron a las madres a tomar decisiones de abandono de la LME en pro de la alimentación suplementada con formula artificial como veremos en el siguiente apartado.

Los primeros estudios sobre el efecto del estrés y la ansiedad en el embarazo observaron las consecuencias en los resultados obstétricos: mujeres con acontecimientos vitales estresantes durante el primer trimestre del embarazo tuvieron un mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo o de que su hijo tuviera alteraciones congénitas como por ejemplo el labio leporino. Los efectos más conocidos del estrés materno fueron el bajo peso y el hallazgo más repetido el parto prematuro, efecto al parecer dosis dependiente (Olza, 2006).

Los resultados de un estudio en el que se aplicó la escala de Hamilton para evaluar los niveles de estrés y ansiedad en el puerperio inmediato y sus posibles complicaciones fueron: 135 (35%) pacientes

tuvieron ansiedad asociada con el puerperio, los factores influyentes fueron: escolaridad, número de embarazos y ocupación. Las mujeres con ansiedad tuvieron mayor frecuencia de amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, sepsis neonatal y el recién nacido taquipnea transitoria (Romero-Gutiérrez, Rocha-Morales, & Ruiz-Treviño, 2013). Unido a las propias respuestas fisiológicas del proceso de embarazo y parto que la bibliografía también identifica como factores causales (Nereu Bjorn, Neves de Jesus, & Casado Morales, 2013).

Se han visto efectos positivos de la lactancia sobre la respuesta de estrés de la madre, asociándose a una disminución de la activación neuroendocrina ante eventos amenazantes, siendo la lactancia un elemento atenuador en la reacción. En mujeres no lactantes, parece existir una mayor actividad simpática ante situaciones de estrés en laboratorio (D. M. Morales et al., 2013).

La ansiedad materna y la depresión pueden afectar la intención materna, la motivación y la autoeficacia en múltiples áreas relacionadas con la salud infantil, incluida la LM. Un estudio del año 2014 probó la hipótesis de que las madres que experimentan una ansiedad sustancial durante el embarazo o el período posparto tienen un mayor riesgo de reducir la iniciación, la exclusividad y la continuación de la LM. La regresión logística multivariada se utilizó

para evaluar si las puntuaciones en la escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A) y el estado-Trait Ansiedad Inventario (STAI) se asociaron con esos tres factores. La ansiedad prenatal no se asoció con los resultados de la LM. En los modelos ajustados, un aumento de un punto en las puntuaciones de HAM-A a los 3 meses posparto se asoció con una reducción del 11% en las probabilidades de LME a los 6 meses. Un aumento de un solo punto en las puntuaciones STAI State y STAI Trait a los 3 meses posparto se asoció con un 4% y un 7% de reducción, respectivamente, en las probabilidades de cualquier LM a los 12 meses. Los resultados de este estudio sugirieron una relación entre la ansiedad materna y la reducción de la LME y la continuación de la LM (Adedinsewo et al., 2014).

Objetivo:

- Identificar la prevalencia de la LM al alta, a los tres meses y a los seis meses en los recién nacidos.

Para el análisis de este estudio, primero se procedió a realizar un análisis univariado de las diferentes variables sociodemográficas de la madre, la pareja, el parto, el recién nacido o la asistencia a la educación maternal que estuviesen asociadas a la prevalencia de la LM. A pesar de la labor de promoción llevada a cabo en nuestro país para fomentar la LME hasta los 6 meses, nuestros resultados ponen de manifiesto que aún nos queda mucho por hacer en este sentido

pues la mayoría de las madres habrían abandonado la LME antes de alcanzar los 3 meses.

Los datos obtenidos, nos han permitido conocer que la prevalencia de LM en el "Distrito Sanitario Costa del Sol" es de un 76,3% de LME al alta hospitalaria, mientras que la prevalencia de LM es de un 88,6%.

Teniendo en cuenta las cifras obtenidas de LME a los 3 meses (70%) y 6 meses (50%), se pone de manifiesto que las mujeres que dan LME al alta hospitalaria, presentan mayor prevalencia de LM a los 3 y 6 meses, por lo que se debe animar a las madres con "Intención de lactar" a iniciar la LME desde el paritorio para mantener un porcentaje de lactancia mayor.

Este resultado está lindando con los estándares marcados por los organismos oficiales como la OMS, que promulga una prevalencia de LME al inicio superior al 75%.

En el modelo obtenido para evaluar la discontinuidad de la LME, se ajustaron tanto la edad gestacional que fue un factor protector frente a discontinuar la LME como la intención de lactar, siendo en este caso un factor de riesgo para su mantenimiento.

Si comparamos nuestros resultados con los datos de prevalencia en España en el año 1996 emitidos por el Comité de LM (AEPED) observamos que: prevalencia de lactancia mixta (agosto 1997) el

73,6% de todas las madres continúa lactando al final del primer mes, el 46,8% alcanza el final del tercer mes dando el pecho y sólo un 15,9% consigue mantener alguna toma de pecho por encima del sexto mes. Entre las variables que influyeron en la duración de lactancia de forma más constante variables como peso al nacimiento menor de 2.500 g, la edad gestacional inferior a las 37 semanas, el parto mediante cesárea o la existencia de patología neonatal.

La edad de la madre no se consideró un factor determinante, tampoco la existencia de hijos previos; el nivel de estudios de la madre resultó significativo favoreciendo la lactancia: las madres de clases altas van a la cabeza de la recuperación del amamantamiento. El trabajo de la madre no se consideró como un factor que interfiere con la lactancia. Consideraron que la cuando la mayoría de las madres trabajadoras se incorporan a sus trabajos, el mantenimiento de la LM dependería del nivel general de lactancia que existiese en ese momento. Ese estudio concluía que de los factores conocidos, relacionados con el niño son más determinantes que los de la madre: bajo peso al nacimiento, prematuridad, patología neonatal y parto mediante cesárea (Calama, 1997).

Otra encuesta realizada en el año 2000 por la Asociación Española de Pediatría, determinó unos porcentajes de LM de un 84,2% al inicio,

54,9% a los 3 meses, 24,8% a los 6 meses, datos muy cercanos a los establecidos por la OMS (García Vera & Martín Calama Valero, 2000).

Otro de los artículos, expone el resultado de un estudio llevado a cabo en Barcelona, indicaba una tasa de prevalencia de LM al inicio de un 89,5%, cifra que supera las más recientes tanto en España en el 2006 (68,4%), como en Cataluña en 2010 (81,85). Sin embargo, a los seis meses el porcentaje de lactancia es de un 33,1%, en esta muestra y de 45,9% en Cataluña. Otros estudios similares obtienen valores entre 25,5% y el 39% de exclusividad (Reverté Simó, Aguirre Fernández, Álvarez Diez, Barcos San Andrés, & Millán Capacés, 2015).

Sin diferenciar nacionalidades Reverte Simó y compañía (2015) determinaron que pocas mujeres de la muestra vivían solas y la mayoría tenían apoyo para cuidar al niño, y que la situación laboral no influyó en la intención previa sobre dar lactancia natural o artificial, tal como se reflejaba en otros estudios. No identificaron un motivo concreto de abandono. Señalaron causas físicas de abandono como la hipogalactia y las grietas (Reverté Simó et al., 2015).

Niño et al, 2012 concluyeron que la prevalencia de LME a los 6 meses mostró cifras parecidas a la información que genera el Ministerio de Salud a través del Departamento de Estadísticas e Información en Salud a nivel nacional, lo que contribuye a validar esta información.

Con alguna sorpresa la situación fue similar en el sistema privado, lo que sugiere un avance muy importante en este grupo de población (Niño et al., 2012).

Un estudio del año 2014, aunque con un tamaño muestral muy escaso (49 mujeres) de mujeres españolas, determinó que la mayoría de las mujeres abandonaron la lactancia por hipogalactia (33,33% n=8), la ganancia escasa de peso del bebé (20,85% n=5), trabajo (12,5% n=3) y una (4,16%) por motivos estéticos. En este estudio la prevalencia de la LM fue de un 51,2% (n=25) y su duración media fue de 2,92 meses (DE=1.24) (Poyato & Galiano, 2014).

Se observó que a menor edad materna disminuye el período de lactancia, grupo que debiera ser prioritario para el equipo de salud en las acciones de promoción y prevención. La alta incidencia de cesáreas es un problema a resolver, para que no afecte el inicio precoz del amamantamiento que favorece la LME hasta los 6 meses. Dos de los factores asociados en este estudio a una lactancia exclusiva hasta los 6 meses (experiencia previa exitosa, menor nivel de escolaridad) han sido descritos en la literatura. Llama la atención la importante diferencia en función del sexo del lactante, lo que no ha sido descrito previamente. Este hecho sugiere la necesidad de evaluar esta asociación en estudios de mayor representatividad. Aun cuando el sistema de salud no demostró diferencias en los análisis

univariados, si se demostró una situación más favorable en el sistema público, al utilizar modelos multivariados (Niño et al., 2012).

Objetivo:

- Identificar las causas de abandono de la LM

Los resultados de las curvas de supervivencia de la LME exclusiva y mixta en nuestro estudio, nos permitieron observar que la prevalencia, se va reduciendo a medida que pasan los meses.

Las principales causas de abandono identificadas por orden fueron el cansancio seguido de estrés/ansiedad/ desanimo; causas laborales como tercer motivo de abandono, la falta de apoyo, los profesionales sanitarios y por último las complicaciones con la lactancia. Matizando que el cansancio verbalizado por las madres no coincide con la incorporación al trabajo, algo que se les pregunto durante la entrevista.

Se destacó que, en el 34,5 % de los casos, es el marido el que recomienda el abandono de la LM, en el 30,9 % el personal sanitario, y de ellos, las madres refirieron que el 93,1% de los pediatras de atención primaria les recomendaron abandonar la LM o bien optar por el uso de "un biberón" como la principal solución a sus problemas.

Un estudio de Pontiles et al 2008, concluyo que el 79% reemplazó la LM por formulaciones especiales de leche y otras comidas; el 90% no

sabía que la leche materna se adapta a las necesidades del niño; el 80% considera que no protege al bebé contra las enfermedades; el 79% pensó que la leche materna no otorgaba todos los nutrientes requeridos por el bebé; el 60% de las madres sostenían que el lactante no se saciaba con la leche materna y el 51% abandona por hipogalactia; 46% de las madres referían ansiedad y 37% de estrés. Se concluye que la falta de información y la edad de la madre, junto con los factores biopsicosociales son razones de relevancia para la supresión de la LM (Salazar et al., 2008).

Un porcentaje de madres de nuestro estudio verbalizo haber optado por suplementos de leche artificial porque su niño se quedaba con hambre y eso le generaba angustia. Hay estudios que concluyen que la impresión de que el niño “queda con hambre” no siempre está asociada a un hecho objetivo o no se relaciona con la curva de crecimiento del niño. Ello podría reducirse con una mayor información en los controles de salud o con clínicas de LM (Niño et al., 2012).

En su domicilio, los problemas durante el primer mes influyen negativamente en la duración de la LM. Se ha encontrado también que una información y una dedicación por parte del personal de enfermería del Centro de Salud (CS) condicionan su mayor duración. En este estudio no se observa que los grupos de ayuda posparto influyan de forma positiva en su seguimiento. Concluyendo que los

principales factores que influyen positivamente en la duración de la LM son: apoyo y ayuda por parte del personal de enfermería de los Centros sanitarios, confortar a la mujer parturienta; la sensación de que la ayuda del personal es positiva influye favorablemente, y también abandonar las prácticas o acciones sistemáticas hospitalarias (Casanova et al., 2005).

Las razones nutricionales, afectivas y sociológicas justifican sobradamente el apoyo prestado a la promoción de la lactancia tras la etapa del abandono masivo en los años 50 (Calama, 1997).

Las madres de niveles socioculturales elevados fueron las pioneras del abandono y de la posterior recuperación. Factores que la bibliografía identifica como influyentes en el éxito de la misma son sus posibilidades, su experiencia previa, información vivida y el apoyo del entorno-grupo social o la región, personal sanitario, familiares y amigos (Calama, 1997).

Un estudio del año 2009 en la Habana, determino que el 40,9 % de las madres abandonaron la LM antes de los seis meses de edad; siendo más frecuente un abandono precoz en aquellas de 30 a 34 años, debido a las características de la población, propia del área rural donde la mayor parte son amas de casa, con actividades que comprometían su dedicación a la lactancia además de mitos y creencias al respecto, y en menores de 20. La paridad, el grado

apoyo familiar, y el recibir información, no influyeron en el abandono. Hubo un mayor porcentaje de abandono en el grupo de estudiantes y amas de casas, en aquellas que tenían nivel de secundaria básica y divorciadas. Todas recibieron información sobre LM, pero consideran que no fue suficiente. Los mitos de no tener leche en las mamas, que el niño no se llenaba, o que lloraba por hambre, fueron predominantes (L. Cerda Muñoz, 2008; Herrero & Pérez, 2009).

Se identificó con un resultado significativo en otro estudio, mayor abandono en padres y madres con nivel de secundaria básica, así como un mayor mantenimiento en los de más elevado nivel de escolaridad, estos resultados coinciden con lo reportado en dos estudios, uno de Suárez García y en otro de Taveras, con la aclaración de que en estos no se analiza la escolaridad del padre. Este resultado era esperable, en la medida en que las parejas tienen un mayor nivel educacional, también tiene mayores posibilidades de interpretar adecuadamente las orientaciones de salud e interiorizar las virtudes de la LM. (Herrero & Pérez, 2009).

El apoyo familiar a la madre que lacta no mostró significación estadística en el abandono de la LM, ya que muy pocas madres refirieron haber disfrutado de apoyo familiar. Este aspecto según criterio de los autores no ha sido convenientemente estudiado por la generalidad de los investigadores, y se debe profundizar, pues la LM

no puede ser un problema exclusivo de la madre. La percepción de este aspecto depende mucho de elementos subjetivos de las encuestadas, nos orienta de forma general al respecto y nos muestra que el llamado apoyo familiar no logró los objetivos esperados (Herrero & Pérez, 2009). El 100% de las madres refirieron haber recibido información sobre LM, tanto las que la abandonaron como las que no. Sin embargo, el porcentaje más alto de ambos grupos interpreta que aún no tiene los conocimientos suficientes sobre ella. Este resultado nos muestra el deseo o necesidad de nuestras madres por conocer aún más sobre la LM y de nuestra insuficiencia. No basta con brindar información, debemos lograr cambios en modos y estilos de vida más saludables, de nuestras familias y específicamente sobre la alimentación de nuestros niños. Se concluye que, aunque seis de cada diez madres mantuvieron LME hasta el sexto mes, el 40,9% de las mismas la suprimieron antes de esa fecha. La paridad, el grado de apoyo familiar y el recibir información al respecto, no influyeron en su abandono. Hubo un mayor porcentaje de abandono en el grupo de estudiantes y amas de casas, en aquellas que tenían nivel de secundaria básica y divorciadas. Aunque todas recibieron información sobre LM, no consideran que haya sido suficiente. Los mitos, no tener leche en las mamas, que el niño no se llenaba, o que lloraba por hambre, fueron predominantes (Herrero & Pérez, 2009).

Preocupa también la alta proporción de casos en el que el destete está asociado a razones estéticas, lo que refleja probablemente que la información recibida no ha sido suficiente o adecuada (Niño et al., 2012).

Objetivos:

- Describir la relación existente entre ansiedad materna y tipo de lactancia

Realizamos un análisis bivariado que nos permitió relacionar los niveles de ansiedad (Escala de Hamilton) con el tipo de LM; en él pudimos concluir que, las mujeres que optaron desde el principio por una LME, presentaron los niveles de ansiedad severa más bajos que las madres que optaron por una LA. Dato que se mantuvo cuando realizamos el análisis de ansiedad y lactancia a los tres meses.

Las madres que habían optado por LME y la mantenían, presentaban niveles de ansiedad leve con una significación de $p < 0,001$.

Un estudio muy reciente pretendió evaluar la asociación de la ansiedad materna con la no adherencia a la LME. Este estudio se realizó en un hospital de enseñanza terciaria en el sur de la India las madres con niños menores de 6 meses de edad y no alimentados con LME, fueron entrevistados y se analizaron los datos demográficos y clínicos. Se les administró a estas madres la Escala de Actitud de

Alimentación Infantil de Iowa (IIFAS) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Se incluyeron un total de 85 díadas madre-bebé. La media de edad de las madres era de 26 años y el 57% eran de áreas urbanas. Entre las alimentaciones adicionales, la leche de vaca fue la más común (57,6%), seguida por el agua (28,2%) y la fórmula (16,5%). La puntuación media de HADS ansiedad subescala fue 12,2 (\pm 5,3) y la puntuación HADS depresión subescala fue de 9,5 (\pm 3,8). La puntuación media en IIFAS fue de 58,4 (\pm 3,6) que sugiere una actitud relativamente favorable hacia la lactancia materna. En el análisis de regresión lineal, mayor puntuación HADS depresión, menor peso al nacer y menor ingreso per cápita fueron predictores independientes de las actitudes hacia la lactancia materna más pobres. El puntaje promedio en IIFAS fue de 58.4 (\pm 3.6) lo que sugiere una actitud relativamente favorable hacia la LM. En el análisis de regresión lineal, mayor puntuación de depresión de HADS, menor peso al nacer y menor ingreso per cápita fueron predictores independientes de las actitudes más pobres hacia ella. Concluyeron que la ansiedad materna puede ser un factor de riesgo independiente para la no adherencia a la LME durante los primeros seis meses (Arifunhera et al., 2015).



Objetivo:

- Describir la relación entre ansiedad materna, características sociodemográficas y maternidad

Realizamos también un análisis bivariado de la relación entre ansiedad materna y las características sociodemográficas; utilizamos para evaluar la ansiedad de las madres la escala de Hamilton.

Entre los resultados obtenidos nos encontramos que, las madres con más edad, presentaban niveles más leves de ansiedad, el sexo del bebe no fue un factor determinante.

Concluimos también que ni la ocupación de la madre ni el nivel de estudios, se objetivaron como variables que influyeron de manera significativa en la tasa de ansiedad materna. La edad gestacional si se identificó como un factor influyente, a mayor edad gestacional los niveles de ansiedad eran más leves. El peso del recién nacido no fue un factor condicionante, sí el tipo de parto, existe por ejemplo una leve diferencia, no significativa entre las madres sometidas a cesárea que presentaron niveles de ansiedad severa más elevados. Tampoco se asociaron con la ansiedad materna ni los partos ni la experiencia previa en lactancia. Sí que es cierto que las madres con experiencia previa tuvieron niveles de ansiedad severa más bajos que las madres

que optaron por LA. Los reingresos del niño tampoco tuvieron una relación significativa.

Las madres que realizaron CPP alcanzaron niveles de ansiedad severo de un 37,3% frente a las que no lo hicieron cuyo porcentaje fue de un 48%, resultado no significativo sin embargo coincide con el obtenido en el estudio Davila et al. (2007) que concluía que CPP disminuye los niveles de ansiedad y depresión materna a las 48 horas posparto, mejora la conducta adaptativa neonatal hacia la LM inmediata e incrementa los niveles de satisfacción materna sobre la percepción del parto (Dávila et al., 2007). Otro estudio determina que el CPP fue la única variable que tuvo una asociación significativa con la disminución de incidencia de síndrome depresivo (Dois et al., 2013).

Respecto a la variable satisfacción materna, y su relación con la ansiedad, el resultado obtenido $p=0,033$ fue significativo respecto a que el nivel de satisfacción influye en los niveles de ansiedad maternos. A mayor satisfacción materna, menor es la ansiedad y se sitúa en porcentajes de ansiedad más leves.

En un estudio prospectivo realizado en el año 1996 en la Ciudad de la Habana con 144 madres, pretendieron determinar los factores psicosociales que influyeron en el abandono de LM. Entre otros hallazgos identificaron que ni el nivel de estudios, ni el estado civil

influyeron en su abandono; las madres que no recibieron apoyo familiar la abandonaron con más frecuencia, al igual que aquellas que tenían un nivel alto de ansiedad, utilizaron como herramienta de evaluación el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Domínguez, Villegas, Sotelo, & Sotelo, 2012) , las diferencias encontradas fueron significativas de una $p < 0,05$ en el primer caso y una $p < 0,01$ en el segundo. El nivel de ansiedad como rasgo no influyó mucho en dicho abandono ni tampoco la vida sexual de la madre, y concluyeron que la falta de apoyo familiar y el nivel de ansiedad alto como estado, alcanzando un nivel alto en el 22,2% de las madres y de ellas el 75% abandono la LM, sí lo hicieron (Durán Menéndez, Villegas Cruz, Sobrado Rosales, & Almanza Mas, 1999).

Fuillerat Alfonso R, un conocido psicólogo cubano, expreso que el estado psíquico de la embarazada, puede ser factor desencadenante de muchas alteraciones neurológicas y psicológicas del futuro hijo, estrechamente relacionadas con la alimentación y la nutrición. El estado emocional y la disposición psicológica de la embarazada, son importantes para el proceso de la lactancia, lo que estuvo muy acorde con los resultados de esta investigación (Fuillerat Alfonso, 2004).

La ansiedad materna se evidencia en otro tipo de estudios también (Collados, Guillén, & Beltrán, 2005), como es el caso de un estudio

sobre la hiperfrecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria, el cual determino que la ansiedad materna sobre todo en los primeros meses de vida de un recién nacido es uno de los pocos factores modificables.

Las madres pueden presentar problemas o complicaciones, como congestión mamaria o dolor en los pezones. Además, pueden sentirse ansiosas, tensas y confundidas; la falta de experiencia o apoyo, y el miedo o la vergüenza a pedir ayuda, les juega, en ocasiones, una mala pasada en una actividad tan "natural" y estos problemas deberán ser manejados convenientemente con la orientación de los profesionales de salud (Bamji, Murthy, Williams, & Rao, 2008; Macías, Rodríguez, & Ronayne de Ferrer, 2006).

En un estudio del año 2008, se concluyó que a mayoría de las madres encuestadas se encontraban en los grupos de baja vulnerabilidad al estrés al concluir el tercer trimestre de lactancia, pero también se hizo evidente que aquellas con menores índices de estrés, fueron significativamente desde el punto de vista estadístico, las que lograron mejores cifras de LME al 4º, 5º y 6º mes. Hurley y otros (2008), en un estudio realizado con 702 madres y lactantes en Baltimore, Estados Unidos, también evidenciaron la relación existente entre el estrés, la depresión, la ansiedad y los estilos de LM (Hurley, Black, Papas, & Caufield, 2008).

Según expresan en su trabajo *Rivara Dávila* y otros (2007) en Perú, una intervención en las gestantes que logra disminuir la ansiedad materna también obtendrá significativos y superiores niveles en la LM. Aunque la ansiedad como estado se manifiesta con mayor intensidad en el puerperio inmediato, transcurridos ya los 3 meses, muchos factores determinan que un grupo importante de madres se muestren ansiosas. Se hizo evidente y fue significativo estadísticamente que en el tercer trimestre las madres que mostraban niveles más altos en el estado de ansiedad, tuvieron peores resultados en cuanto a la LME entre el 4º y 6º mes. (Dávila et al., 2007).

Otro estudio llevado a cabo en Cuba por *Gorrita Pérez* et al (2014), evidenciaron que existía una estrecha relación entre los niveles de estrés y ansiedad y el éxito de la LM. Referían que todas las madres necesitan información y adiestramiento acerca de cómo alimentar y cuidar a sus bebés, así como apoyo, estímulo y asistencia familiar y social después del nacimiento, nunca es suficiente el tiempo empleado al respecto. En este estudio, la mayoría de las madres del grupo investigado estaban enmarcadas en el rango de edad de 20 a 35 años, idóneo para la maternidad y la LM, tenían pareja estable, nivel preuniversitario y no mostraban enfermedades que influyeran negativamente en el establecimiento de la LME; no obstante, solo el

27,7% la logró hasta los 6 meses, y el 49,5% durante 4 o 5 meses. Estas cifras están por debajo de los propósitos establecidos por el Programa de Atención Materno Infantil en Cuba y por entidades internacionales como UNICEF. Según los indicadores de vulnerabilidad al estrés en las madres en el primer trimestre, el 46,5% de ellas presentaban baja vulnerabilidad a este, y que el 56,4% presentaba un bajo grado de ansiedad como estado algo que determinaron influyo en los datos de prevalencia de LME recibida por los lactantes y su relación con el tiempo que proporcional (Gorrita Pérez et al., 2014).

Según ese estudio, cuando se agruparon las madres en cada categoría de vulnerabilidad al estrés, el 89,36% de las que tenían un bajo índice, lograron una LME exitosa, mientras solo el 60% lo consiguieron cuando el nivel de vulnerabilidad al estrés era alto. Dentro de las que no lograron una LME exitosa, los peores resultados se asociaron al grupo con mayor vulnerabilidad al estrés. Cuando estos aspectos se relacionaron desde el punto de vista estadístico, se vio alta significación estadística, con 99% de certeza a favor de aquellas que tenían los grados más bajos de vulnerabilidad, y que lograron mejores indicadores de LME (Gorrita Pérez et al., 2014).

Se evaluó la ansiedad como estado en las madres al concluir el tercer trimestre, y su relación con la LME durante el primer semestre de

vida de los lactantes, se evidencio que los niveles de ansiedad como estado más bajo se presentaron en aquellas madres que alcanzaron mejores indicadores de LME en sus hijos, es decir 4, 5 y 6 meses. Por el contrario, en aquellas que ofrecieron LME por menos de 4 meses o no lo hicieron hubo coincidencia con los mayores niveles de ansiedad como estado. Al relacionar desde el punto de vista estadístico mediante X^2 los niveles de ansiedad y los resultados de la LME a los 4, 5 y 6 meses, se arrojó alta significación estadística, con 99% de certeza a favor de aquellas madres que mostraron los menores índices de ansiedad como estado, y que lograron los mejores indicadores de lactancia (Gorrita Pérez et al., 2014).

Olza Fernández (Olza I. Ansiedad materna y efecto nocebo del control prenatal. Tercera Jornada de Salud Perinatal. Santiago de Compostela; 26 de noviembre 2009) estudio en profundidad todo el entramado endocrino, fisiológico y psicológico que significa el estrés del embarazo y el parto para la salud de la embarazada y el futuro bebé, y las medidas a tomar para su control. El cansancio, la fatiga y el estrés vivido, pueden, por sí solos, inhibir la producción de la hormona prolactina, y negativamente incrementan los niveles de cortisol. Si estos factores no se modifican positivamente en los primeros días, o, se les suman otros elementos negativos en el entorno familiar, entorpecerían el establecimiento de la LM, o la

harían fracasar, y, lamentablemente, enmascarado en las mejores intenciones, aparece en estos casos el temido biberón. (Olza Fernández et al., 2012; Olza-Fernández, Gabriel, Gil-Sanchez, Garcia-Segura, & Arevalo, 2014).

Son muchos los investigadores que refieren con más fuerza la necesidad de realizar intervenciones psicológicas; y otros, a establecer clínicas de consejería con respecto a los factores relacionados con la LM, que, además de la capacitación, que es el elemento que generalmente las intervenciones tradicionales esgrimen, contribuyan a modificar, convenientemente, los elementos psíquicos y del entorno que dificultan el establecimiento por las madres de una LM exitosa. En ese sentido algunos autores, como *Micheline* y otros, han establecido una lista de prioridades de madres que proponen sean manejadas por estos grupos de trabajo (Michelini & de Oliveira, 2009).

No obstante, hubo una estrecha relación entre los peores indicadores de lactancia y altos niveles de vulnerabilidad al estrés y ansiedad (Gorrita Pérez et al., 2014).

Objetivo:

- conocer la percepción de las madres: ¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación?:” *Una de las principales barreras*

identificadas por las madres en el proceso de instauración de la lactancia materna, es la presión generada por los propios profesionales”.

Esta afirmación constituyo el punto de partida de este trabajo de investigación; es el motivo por el cual decidimos iniciar la búsqueda de evidencias que nos permitieran conocer si esta afirmación tiene un soporte objetivo, y de ser así, determinar la línea de mejora que nos permita modificarla.

El 57,5% de las madres respondieron estar “muy de acuerdo con esta cuestión”.

Puesto que en gran parte la actitud de las madres se apoya en los hábitos de su entorno, es preciso mantener un comportamiento claro de apoyo a la lactancia, por parte de todos los organismos de la salud, dando opción a que las madres elijan con libertad, pero preservándolas de informaciones incorrectas o de presiones excesivas en el sentido contrario (Calama, 1997).

En la recogida de datos respecto a la educación prenatal, solo les preguntamos a las madres sí acudieron o no obteniendo porcentajes de asistencia de un 30%, y no los diferentes tipos de educación que realizaban en cada centro. Este aspecto debería estudiarse en futuros trabajos.

Algunos estudios sugieren la necesidad de aumentar la formación de grupos de iguales o personal no sanitario. La inexperiencia de las madres, la falta de apoyo, en ocasiones por parte de los servicios sanitarios, podrían suplirse con la experiencia de otras madres dentro de los grupos. La gran presión de la industria y los diferentes condicionantes sociales que influyen negativamente sobre la LM, requieren políticas de salud para establecer estrategias de promoción, protección y apoyo, destacando por ejemplo el alojamiento conjunto como una práctica recompensada que reduce el estrés que le supone a la madre ser sometida a una cesárea, por ejemplo (Flores-Huerta & Cisneros-Silva, 1997).

Existen otros estudios que determinan como factores que favorecen la elección de LM haber dado el pecho antes con experiencia positiva, un mayor nivel de estudios, o haber asistido a clases de preparación al parto. Y como variables que favorecen su, el CPP antes de los 30 minutos de vida, la ayuda e información por parte de la enfermera en la primera toma, no ofrecer suplementos ni chupete y la alimentación a demanda (Sesma et al., 2009). Buenas prácticas que coinciden con las estipuladas por IHAN y PHAPA.

Este estudio concluye también, que el abandono social de la lactancia está relacionado con la política comercial de la industria, políticas institucionales inadecuadas y actitudes profesionales neutrales. Entre

los resultados obtenidos en la fase de antecedentes y situación actual del tema de este estudio, se localizaron reflexiones importantes sobre las rutinas hospitalarias, la falta de intimidad y despersonalización de la atención a la mujer desde que llega al hospital, la medicina defensiva y los problemas económicos. Y afirmaciones que hablan de que las maternidades carecen de normas que protejan la LM y tienen rutinas que generan efectos negativos sobre esta. Se ha podido demostrar que la elección del tipo de lactancia tiene lugar en el embarazo y es difícil de modificar la opinión de aquellas mujeres que durante su gestación han elegido LA como forma de alimentación para sus hijos (Sesma et al., 2009).

Los resultados obtenidos en el análisis cualitativo, coinciden con la evidencia científica disponible en varios aspectos:

- La planificación de la información es un aspecto de especial relevancia a contemplar dentro de un programa de educación que aborde todas necesidades educacionales de las madres.

El foco de preocupación de las mujeres va cambiando con el tiempo. Pasaba de la necesidad de confirmar que «todo va bien » a necesitar más apoyo emocional y confianza para enfrentarse a sus miedos al parto y al cuidado de los hijos (Pascual et al., 2016). Refirieron necesitar mayor acompañamiento en el puerperio y menos presión con la LM. En cuanto a la educación maternal, demandaron un

programa de educación perinatal en lugar de solo prenatal, más actualizado, con mayor participación de su pareja, más interactivo y flexible.

- Se debe realizar una adecuada valoración de los factores de riesgo asociados de forma individual, adaptadas culturalmente y enfocadas hacia la LM.

Varios estudios prospectivos han cuantificado la relación entre los factores de riesgo durante el parto y un retraso en la lactogénesis, definida como la leche que aparece 72 horas después del parto. Los datos sugieren que el parto vaginal espontáneo, sin medicamentos, se asocia a mejores resultados de LM. Tanto el parto pretérmino tardío como el parto temprano a término se asocian también con dificultades para amamantar, probablemente reflejando las diferencias en la madurez oromotora y neurológica. El manejo óptimo incluye la colaboración con el personal de atención pediátrica y Consultores en Lactancia Certificados por la Junta Internacional (Stuebe, 2014).

- Demandaron refuerzo positivo y ayuda para las mujeres que optan por la LM y les resulta especialmente difícil el proceso.

Debe existir un ambiente familiar favorable, sobre todo, en aquellas madres que enfrentan esta experiencia por primera vez. El apoyo de

la familia es esencial para que disminuya la ansiedad que es un factor importante y muy frecuente en estas madres (Cárdenas, 2013).

- Destacaron como esencial el respeto y apoyo a todas las mujeres que de forma libre, informada y voluntaria optan por la LA:

Los profesionales de enfermería deben informar y educar adecuadamente a las mujeres y sus familias sobre la lactancia como parte del proceso de cuidado, mencionando las diferentes opciones y sus ventajas y desventajas en relación a la salud materna e infantil. Al mismo tiempo, deben contemplar la capacidad de elección informada de las madres, atendiéndolas en sus necesidades como seres bio-psico-sociales. Igualmente, la atención profesional debe encaminarse a conseguir la competencia y seguridad de la madre/pareja en el tipo de lactancia elegido (Pérez Enguídanos & others, 2015).

13.1. Limitaciones del estudio

Este estudio presenta algunas limitaciones expuestas a continuación:

- **sesgo de inclusión:** La muestra estaba formada solo por madres de habla hispana, lo cual puede haber generado algún sesgo de selección, pudiendo limitar algunos de los resultados, dado que nuestra zona es multicultural, y la multiculturalidad es un factor que influye por ejemplo en la prevalencia de la lactancia materna.
- **sesgo de información:** se deriva de cómo se obtuvieron los datos. Para minimizar este sesgo se tanto la revisión de historias como la entrevista fueron realizadas por una sola persona entrenada para ello y se recogió y transcribió la información directamente durante la entrevista vía telefónica con las madres. Las entrevistas se realizaron a los tres y seis meses. De esta forma se reduce la variabilidad interobservador.
- **Sesgo de confusión:** se deriva de la presencia de terceras variables. Para minimizar este sesgo, se recogieron variables de comorbilidad, de antecedentes obstétricos, de nivel educativo y ocupación, de asistencia a clases de educación maternal y de características del parto y de recién nacido.

- **Sesgo de procedimiento/proceso:** Puede producirse en relación con todas las intervenciones profesionales de ayuda a la lactancia que la madre recibe según lo necesita durante su ingreso y que a pesar de estar registradas no se han tenido en cuenta al no estar incorporadas en el proceso de valoración de la toma. Si bien es cierto se integran en el Protocolo de LM del HCS.



13.2. Implicaciones para la práctica asistencial

Nuestro estudio aporta información actualizada sobre prevalencia de lactancia materna en el Distrito sanitario Costa del Sol, a lo largo de 6 meses de seguimiento tras el alta hospitalaria.

Aportando información respecto a las “Buenas prácticas” implantadas en el HCS desde el año 2006, año en el que este hospital se integró en el PAPHA y la “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”.

Exponemos como Intervención determinante en el proceso de una instauración exitosa de la lactancia materna la “Valoración de la toma”, y como herramienta de soporte necesaria la Ficha de Evaluación de la Toma, sobre la que deberemos trabajar para favorecer su operatividad, y fomentar su implantación, así como la mayor implicación de los profesionales del área maternal del HCS. Actualmente se utiliza solamente en los hospitales acreditados por la IHAN, pudiendo utilizarse en todas las maternidades dado los beneficios que se evidencian en nuestro estudio.

Nuestro estudio identifica que existen ansiedad y estrés en el puerperio, y durante todo el proceso de instauración y mantenimiento

de la lactancia materna, e identifica factores que favorecen su aparición.

Concluye que la satisfacción materna durante el proceso de hospitalización es determinante en la reducción de los niveles de estrés y ansiedad en el puerperio inmediato, siendo ambos factores que influyen en el abandono de la lactancia materna.

Aporta datos relevantes respecto a que variables se asocian realmente a la lactancia materna en nuestra muestra de estudio, y en qué medida estas variables pueden ayudar a predecir la presencia de lactancia materna en el seguimiento a lo largo del tiempo, como puede ser el tipo de lactancia en partos previos o la edad gestacional.

Son numerosos los estudios a los que se une el nuestro que determinan que los cuidados basados en el respeto y apoyo a las decisiones maternas, educadas e informadas, el fomento de la lactancia y la orientación de los profesionales a las madres fomentan factores como la autoconfianza y seguridad maternas tan necesarias para las mujeres que quieren amamantar.



14. CONCLUSIONES

A continuación, en base a los objetivos de nuestro estudio procedemos a enumerar las conclusiones, una vez analizados y discutidos los resultados:

- Los profesionales del Área Maternal del HCS se caracterizan por ser mayoritariamente mujeres jóvenes, con contrato estable, con formación en LM a nivel interno impartida por profesionales formadores acreditados en LM. Presentan un nivel avanzado de competencia en el manejo de la lactancia materna y alrededor del 50% están dispuestos a modificar hábitos para favorecer la lactancia materna.
- Los principales factores causales de ansiedad y estrés de las madres son la falta de apoyo social, familiar sobre todo de su marido, profesional y la sensación de escasez de leche.
- La media de cumplimiento de los 19 criterios analizados de la IHAN es de un 60%. Se destaca la necesidad de fortalecer y fomentar la intervención de Valoración de la toma, se identifica la necesidad de reducir la variabilidad de las intervenciones enfermeras, para que pueda considerarse un criterio fiable a la hora de planificar el alta de las madres y sus recién nacidos.

- Los profesionales son considerados como barreras identificadas en el proceso de instauración de la lactancia materna tanto los diferentes colectivos como por las madres.
- Es preciso alcanzar el cumplimiento al 100% de los estándares establecidos por la IHAN. La mitad de las madres de nuestro estudio, han valorado positivamente la información recibida durante su estancia, la intervención de valoración de la toma, la permanencia con su recién nacido las 24 horas, o la buena práctica del contacto piel con piel.
- La prevalencia de lactancia materna al alta es superior a la de lactancia artificial, cumpliendo los estándares recomendados por la OMS.
- Las madres que no se van totalmente convencidas de mantener la LM al alta, con apoyo familiar y sanitario son capaces de mantenerla, y sin ese apoyo entre los 3 y 6 meses muchas sustituirán la alimentación de su recién nacido.
- Los principales factores causales del abandono, fueron el cansancio, no relacionado con la incorporación al trabajo, el estrés-desánimo-ansiedad, seguidos de la incorporación al trabajo, la falta de apoyo, los profesionales sanitarios y las complicaciones de la lactancia.

- Un porcentaje importante de madres evaluaron positivamente la atención y ayuda recibidas durante su ingreso. Destacaron sobre todo el trato amable por parte del personal sanitario.
- Un resultado significativo es que las madres que optaron por la lactancia materna exclusiva presentaban tanto al alta como a los tres meses un porcentaje de ansiedad severa mucho más bajo que las madres que optaron por lactancia artificial.
- Las madres más jóvenes, con edad gestacional más elevada, y más satisfechas durante su estancia hospitalaria, presentaron con resultados significativos, niveles de ansiedad leves, y porcentajes mucho más bajos de ansiedad severa con respecto al resto de madres.
- Identificamos que factores como partos previos, el contacto piel con piel o la experiencia previa de lactancia, entre otros, demostraron no ser determinantes en relación con la ansiedad materna.
- Las madres bien informadas son capaces de tomar de decisiones libres ganando autoconfianza y seguridad.
- La barrera idiomática se plantea como un problema, las madres todavía lo verbalizan de manera continuada, y solicitan soluciones al respecto.

- Las madres consideran que la falta de ayuda o información, generan una barrera en sí mismas, y que una duda o problema mal manejado les genera frustraciones, insatisfacción, angustia y cansancio; como ellas mismas verbalizan.
- Las decisiones tomadas en base a una información completa, adaptada y adecuada, no deben generar sentimientos de culpa.
- La "falta de conocimiento" por parte de las madres, se identificó como unos de los principales factores que contribuyen al abandono de la lactancia materna entre otros factores como la falta de interés del personal de salud.
- Es fundamental acompañar la formación teórica de los profesionales con un cambio de actitudes sobre la lactancia, así como valores y creencias del personal. Para ello una de las recomendaciones con evidencia científica de la RNAO consiste en fomentar la denominada "*practica reflexiva*".



15. PROSPECTIVA

Después de realizar este trabajo, consideramos necesario promocionar la actividad investigadora en nuestro entorno. Son muchas las cuestiones que esta Tesis Doctoral ha identificado como no concluyentes relacionado en parte por la escasez de estudios al respecto.

En base a ello establecemos a continuación las posibles líneas futuras de investigación:

- Se hace necesario determinar los niveles de ansiedad de las madres de nuestro entorno, con otros instrumentos como puede ser el IDARE de ansiedad-rasgo, y establecer una comparativa con la escala de Hamilton.
- Sería de gran utilidad analizar los efectos de la lactancia materna sobre la comorbilidad de las madres y de los recién nacidos, así como realizar estudios que permitan valorar el efecto de la lactancia materna sobre la salud en las diferentes etapas de la infancia.
- Realizar un estudio multicéntrico, en centros tanto acreditados por IHAN como no acreditados, para evaluar la eficacia de la intervención con los profesionales sanitarios, para fomentar su

implicación en todas las intervenciones de promoción y fomento de la lactancia materna.

- Analizar e identificar de forma conjunta con Atención Primaria las causas por las que se evidencia una asistencia tan baja por parte de las madres y sus familias, a las clases de preparación al parto, y determinar medidas que favorezcan el incremento de la asistencia, así como la reestructuración de los contenidos.
- Realizar un estudio a nivel de Hospitales actualmente acreditados por IHAN en nuestra comunidad, que también estén adscritos al PHAPA, para determinar la efectividad de la Intervención de la "Valoración de la toma", y de la Ficha de valoración de la toma como herramienta necesaria para identificar tanto problemas o dificultades que se presentan en la fase de instauración de la lactancia, como su influencia en el mantenimiento de la misma. En base a ello establecer medidas de mejora conjuntas.
- Realizar un análisis cualitativo, repitiendo la metodología de grupos focales ya realizada previamente en el año 2009 en el HCS, y que resultó ser el pilar de soporte de esta Tesis Doctoral, para conocer la experiencia actual de la lactancia materna en los diferentes grupos de madres, y reevaluar de nuevo la intervención enfermera como barrera en el proceso de

instauration de la LM centrándonos en nuestro entorno asistencial. Esto nos permitirá establecer modificaciones en nuestras intervenciones asistencial y en conjunto con nuestras familias. En ella evaluaremos también el valor añadido de los mini-talleres de Lactancia que desde junio de 2015 impartimos en el área maternal en el momento del alta a domicilio, y el nivel de satisfacción de las madres al respecto.

- Realizar un análisis que nos permita identificar factores que favorecen la variabilidad en las intervenciones de educación sanitaria, y establecer consensos que nos garanticen la disminución de la misma en nuestra practica asistencial. Una vez identificados en nuestro entorno, proponer un estudio multicéntrico en los Hospitales con características similares al nuestro.
- Nos planteamos en un futuro inmediato aplicar la escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale, que cuenta con una versión reducida (BSES-SF), a las madres de nuestra área de intervención, con ella analizaremos su nivel de autoeficacia, así como todas las intervenciones necesarias para fomentarla y reforzarla, con el objetivo de favorecer su empoderamiento.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acosta-Torres, N., Vázquez, V., Dávila-Torres, R. R., & Parrilla-Rodríguez, A. M. (2014). Creencias Hacia la Lactancia Materna y la Actitud Hacia Apoyar la Lactancia en Público en un Grupo de Estudiantes de Salud de una Escuela Superior de la Región Educativa de Caguas. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 18(3). Recuperado a partir de <http://prhsj.rcm.upr.edu/index.php/prhsj/article/download/1232/819>
- Acuña, J., Romero, C., Barrio, C., López, M., Palacios, A., Pallás, C. R., & others. (2010). Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 23–7.
- Adedinsewo, D. A., Fleming, A. S., Steiner, M., Meaney, M. J., Girard, A. W., & others. (2014). Maternal anxiety and breastfeeding findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) study. *Journal of Human Lactation*, 30(1), 102–109.
- AEPED. (2004). PrevInfad/PAPPS_Lactancia (L). Recuperado 27 de mayo de 2016, a partir de <http://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm>

AEPED. (s. f.). Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios. Comité de LM Hal 12 de octubre y CS de AP.

Aguayo, J., Arena, J., Díaz-Gómez, M., Gómez-Papi, A., Hernández-Aguilar, M. T., Landa, L., & others. (2004). Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid: Ergon.

Aguayo Maldonado, J., Pasadas del Amo, S., Ramírez Troyano, A., Rello Yubero, C., Martínez Rodríguez, T., & Bonal Pitz, P. (2005). La lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Beca SAS, 70(00).

Aguilar Cordero, M. J., Sánchez López, A. M., Madrid Baños, N., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., & Hermoso Rodríguez, E. (2015). Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente: revisión sistemática. Recuperado a partir de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/35799>

Aguilar Cordero, M. J., Sánchez López, A. M., Mur Villar, N., Hermoso Rodríguez, E., & Latorre García, J. (2015). Efecto de la nutrición sobre el crecimiento y el neurodesarrollo en el recién nacido prematuro: revisión sistemática. Recuperado a partir de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/35793>



- Aguilar, M. H., & Maldonado, J. A. (2005). La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. En *Anales de Pediatría* (Vol. 63, pp. 340–356). Elsevier Doyma.
- Albo, J. M. (2006). Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. *Medicina naturista*, (10), 55–59.
- Algarra, M. C. M., Romero, V. F., Tamayo, T. S., Fernández, M. G. E., García, E. S., & others. (2016). Variabilidad en las prácticas sobre alimentación enteral del prematuro entre hospitales españoles de la red SEN-1500. En *Anales de Pediatría*. Elsevier. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403316302697>
- Alonso, C. R. P. (2005). PREVENCIÓN PRENATAL. VISITA PRENATAL. *Pediatría Atención Primaria*, 7(25), 101–106.
- Andrés, L. C., Villagrasa, M. S., Sauras, M. Á., Velillas, J. L., Martínez, G. R., & CALINA, G. C. (2013). Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. En *Anales de Pediatría* (Vol. 79, pp. 312–318).

Elsevier. Recuperado a partir de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313001288>

Anzola, M., & Peña-Rosas, J. P. (2014). Metas globales de la Organización Mundial de la Salud para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. En *Anales Venezolanos de Nutrición* (Vol. 27). Recuperado a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=07980752&AN=100841928&h=cCuB3kv%2FOt4%2BQsV3acMyVQMF49n2vEI6tAg12L1pIJIN00n8CDqopTFwuP64wtDfdLjyY9N6xtxxIQgkN14TXA%3D%3D&crl=c>

Apoyo para la lactancia materna | Cochrane. (2008). Recuperado 12 de mayo de 2016, a partir de <http://www.cochrane.org/es/CD001141/apoyo-para-la-lactancia-materna>

Arena Ansotegui, J. (2003). La lactancia materna en la. En *Anales de Pediatría* (Vol. 58, pp. 208–210). Recuperado a partir de <https://medes.com/publication/10090>

Arganda Ruiz, P., & others. (2013). Lactancia materna. Recuperado a partir de <http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/2180>

Arifunhera, J. H., Srinivasaraghavan, R., Sarkar, S., Kattimani, S., Adhisivam, B., & Vishnu Bhat, B. (2015). Is maternal anxiety a barrier to exclusive breastfeeding? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1–4.

Armengol Noguera, V., SANZ ADOBES, B., ALEGRE SOLER, M., MEDINA MARTÍ DE VESES, E., FINK FORNAS, C., & ALEGRE SOLER, S. (2013). Recursos de Información en Lactancia Materna. Recuperado a partir de http://mammalia.info/wp-content/uploads/2013/09/poster-105_Mammalia.pdf

Armstrong, H. C. (1990). Breastfeeding promotion: training of mid-level and outreach health workers. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 31, 91–103.

Armstrong, H. C. (1992). Training guide in lactation management. Recuperado a partir de <http://www.ponline.org/node/571326>

Arranz, B. (2014). Duloxetina y trastorno de ansiedad generalizada, una buena asociación. *Psiquiatría Biológica*, 21(1), 3–8.

Avalos González, M. M. (2011). Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(3), 323–331.

Báez León, C., Blasco Contreras, R., Martín Sequeros, E., del Pozo Ayuso, M. L., Sánchez Conde, A. I., & Vargas Hormigos, C.

(2008). Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. *Index de Enfermería*, 17(3), 205–209.

Bamji, M. S., Murthy, P., Williams, L., & Rao, M. V. V. (2008).

Maternal nutritional status & practices & perinatal, neonatal mortality in rural Andhra Pradesh, India. *Indian Journal of Medical Research*, 127(1), 44.

Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 5(307-337). Recuperado a partir de

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Cj97DKKRE7AC&oi=fnd&pg=PA307&dq=Bandura+A+1997&ots=cG3UrWwKI5&sig=CLTINPywjp071T-ga47myP6fCt8>

Bartrina, J. A., Rodrigo, C. P., Barba, L. R., & Majem, L. S. (2005).

Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Revista pediatría de atención primaria*, 7(Suplemento 1), S13–20.

Becerra-Bulla, F., Bonilla-Bohórquez, L., & Rodríguez-Bonilla, J.

(2015). Leptina y lactancia materna: beneficios fisiológicos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(1), 119–126.



Recuperado a partir de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n1/v63n1a14.pdf>

Belintxon-Martín, M., Zaragüeta, M. C., Adrián, M. C., & López-Dicastillo, O. (2011). El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 34, pp. 409–418). SciELO Espana. Recuperado a partir de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272011000300007&script=sci_arttext

Benítez Silva, L. A., & others. (2016). Implementación de prácticas higiénicas para el mejoramiento de la calidad microbiológica de la leche saborizada en la planta procesadora de soya instalada en las malvinas del suburbio de Guayaquil. Recuperado a partir de <http://www.dspace.espol.edu.ec/xmlui/handle/123456789/31704>

Bernal Arias, M., Orjuela Céspedes, C. L., & others. (2014). Acciones de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado a partir de <http://www.bdigital.unal.edu.co/39666/>

Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., De Onis, M., Ezzati, M., ... others. (2008). Maternal and child undernutrition:

global and regional exposures and health consequences. *The lancet*, 371(9608), 243–260.

Briascos, I., & Vargas, F. (2001). La implementación de sistemas por competencias: impacto en el modelo de gestión organizacional. Experiencias y estrategias para la acción. CINTEFOR/OIT.

Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., & King, S. E. (2007). Support for breastfeeding mothers (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD001141.

Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., & King, S. E. (2008). Apoyo para la lactancia materna. *The Cochrane Plus Database*, 3. Recuperado a partir de <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD001141>

Cabrerizo, M. I. B., Guzmán, J. M. M., Martínez, M. D. M. G., Mesa, T. M., Ruiz, F. B., & Hurtado, M. D. M. (2016). CA 5-156: OBSERVACIÓN DE LA TOMA EN LA SALA DE PUERPERAS. *ENFERMERÍA DOCENTE*, 1(106), 313.

Calama, J. M. (1997). Lactancia materna en España hoy. *Bol Pediatr*, 37, 132–142.

Campos, A. M. de S., Chaoul, C. de O., Carmona, E. V., Higa, R., & Vale, I. N. do. (2015). Exclusive breastfeeding practices

reported by mothers and the introduction of additional liquids.

Revista latino-americana de enfermagem, 23(2), 283–290.

Recuperado a partir de

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104->

[11692015000200014&script=sci_arttext&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000200014&script=sci_arttext&tIng=es)

Cano, M. D. P., García, E. M., Jiménez, E. G., & Jiménez, C. N.

(2011). Prevalencia y creencias sobre lactancia materna entre

mujeres extranjeras residentes en España. En Actas del I

Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía (pp.

1517–1520). Instituto de Migraciones. Recuperado a partir de

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4051313.pdf>

Cárdenas, M. H. (2013). Aproximación de un modelo de cuidado de

enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna.

Recuperado a partir de

<http://www.mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/705>

Casanova, M. G., Casanova, S. G., Juan, M. P., Mariscal, E. R., &

Esquiús, N. P. (2005). ¿Lactancia materna? ¿ puede el personal

sanitario influir positivamente en su duración? Atención

primaria, 35(6), 295–300.

Cerdá, J. M., Rodríguez, M. P., García, M. H., & Gaspar, O. S. (1999).

Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y

gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, 13(4), 312–319.

Cerda Muñoz, L. (2008). La madre que amamanta y el entorno laboral. *Matronas profesión*, 9(1), 21–26.

Cerda Muñoz, L. (2011). Lactancia materna y gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(4), 327–336. Recuperado a partir de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400010

Chileno Segura, G. (2015). El conocimiento de las madres como factor para el uso de la lactancia materna. Recuperado a partir de <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/726>

Cochrane (último). (s. f.). Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna | Cochrane. Recuperado 12 de mayo de 2016, a partir de <http://www.cochrane.org/es/CD001688/intervenciones-para-promover-el-inicio-de-la-lactancia-materna>

Collados, C. T., Guillén, V. G., & Beltrán, D. O. (2005). Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Atención primaria*, 36(2), 64–68.

Comite de LM 12 de octubre y centro de salud de atencion primaria.

(2009). Recuperado a partir de

<http://www.google.com/logos/doodles/2016/halloween-2016-5643419163557888-hp2x.gif>

Conejo, I. M. (2008). Factores que influyen en el éxito de la lactancia materna. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (15), 5.

Consejeria de Salud, C. (2009). Plan de parto y nacimiento. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

Cordero, M. J. A., García, L. B., López, A. M. S., Barrilao, R. G., & Hermoso, E. (2015). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. *NUTRICION HOSPITALARIA*. Recuperado a partir de http://www.nutricionhospitalaria.es/wp-content/uploads/2016-n33-2/46_RV_10156_Cordero_esp.pdf

Dávila, G. R., Dávila, P. R., Cabrejos, K., Meza, E. Q., Sercovic, K. R., Miñano, K., ... others. (2007). Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA*, 60, 140.



- de Ontario, A. P. de E. (2003). Guía de buenas prácticas en Enfermería para Lactancia Materna. Toronto, Canadá: Asociación profesional de enfermeras de Ontario.
- de Pediatría, A. E. (2008). Manual de lactancia materna. Ed. Médica Panamericana. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Ulxyj72VZD0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=de+pediatria+2008&ots=jqkR5AITx1&sig=RUOywUWlyCtf3JeoEBmW-cinmF8>
- Díaz, P. M., Rodríguez, M. J. B., & de Arellano, M. M. R. (2015). Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Enfermería Clínica*, 25(5), 232–238.
- Díaz-Sáez, J., Catalán-Matamoros, D., Fernández-Martínez, M. M., & Granados-Gámez, G. (2011). La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 483–489.
- Doganay, M., & Avsar, F. (2002). Effects of labor time on secretion time and quantity of breast milk. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 76(2), 207–211.
- Dois, A., Lucchini, C., Villarroel, L., & Uribe, C. (2013). Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos

post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista chilena de pediatría*, 84(3), 285–292.

Dominguez, S., Villegas, G., Sotelo, N., & Sotelo, L. (2012). Revisión psicométrica del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 1(1), 45–54.

Dueñas, M. B. M., Jiménez, D. D., & Barrios, M. V. (2013). Valoración del contacto piel con piel y el establecimiento del vínculo madre-recién nacido. Recuperado a partir de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0845.pdf>

Durán Menéndez, R., Villegas Cruz, D., Sobrado Rosales, Z., & Almanza Mas, M. (1999). Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, 71(2), 72–79.

El código internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna | IHan. (2006). Recuperado a partir de <https://www.ihan.es/que-es-ihan/el-codigo-internacional/>

Erreguerena, A. (2015). Información nutricional de madres, estado nutricional y patrones e consumo de sus hijos antes y después de asistir a un centro de prevención de la desnutrición.

Recuperado a partir de

<http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/869>

Estrada Rodríguez, J., Amargós Ramírez, J., Reyes Domínguez, B., & Guevara Basulto, A. (2010). Intervención educativa sobre lactancia materna. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 14(2), 0-0.

Fairbank, L., O'Meara, S., Renfrew, M. J., Woolridge, M., Snowden, A. J., & Lister-Sharp, D. (2000). A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Core Research*. Recuperado a partir de <http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/volume-4/issue-25>

Fedalma. (2003). Fedalma. Recuperado a partir de <http://www.fedalma.org/>

Feldman-Winter, L. (2013). Evidence-based interventions to support breastfeeding. *Pediatric Clinics of north america*, 60(1), 169-187. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003139551200154X>

Fernández de Maya, J., Richart Martínez, M., & others. (2012). Variabilidad de la práctica clínica en enfermería, una revisión



integradora. Recuperado a partir de

<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/33727>

Fernández-de-Maya, J., & Richard-Martínez, M. (2010). Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enfermería clínica*, 20(2), 114–118.

Figueroa, R. (2015). Virus de la inmunodeficiencia humana y lactancia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 42(2), 23–25.

Flick, U. F., Muñoz, L., Muñoz, E. M. M. L., de Kohan, C., de Kohan, N. C., ORTEGA GONZALEZ, J., ... others. (2012). Introducción a la investigación cualitativa. Córdoba (Argentina: Provincia). Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. Recuperado a partir de <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=UCC.xis&B1=Buscar&formato=1&cantidad=50&expresion=Dise%F1o%20de%20investigaci%F3n>

Flores-Antón, B., Tembours-Molina, M. C., Ares-Segura, S., Arana-Cañedo-Argüelles, C., Nicolás-Bueno, C., Navarro-Royo, C., ... Pallás-Alonso, C. R. (2012). Breastfeeding promotion plan in Madrid, Spain. *Journal of Human Lactation*, 28(3), 363–369.

FLORES-HUERTA, S., & CISNEROS-SILVA, I. (1997). Joined mother-child hospital lodging and exclusive human lactation. *Salud Pública de México*, 39(2), 110–116.

Fuillerat Alfonso, R. (2004). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. *Nutrición Hospitalaria*, 19(4), 209–224.

Galiano, J. M. M., & Rodríguez, M. D. (2013a). Determinantes asociados a la participación de mujeres primíparas en el programa de educación prenatal. *Gaceta sanitaria*, 27(5), 447–449.

Galiano, J. M. M., & Rodríguez, M. D. (2013b). El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(3), 254–257.

Gamboa, E. M., López, N., Prada, G. E., & Gallo, K. Y. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Revista chilena de nutrición*, 35(1), 43–52.

García Gómez, M., & others. (2016). Promoción de estilos de vida saludables en periodo de lactancia (B.S. thesis). Recuperado a partir de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/674835>

- García, M. J. B. (2006). Iniciativa Hospitales amigos de los niños. *Medicina naturista*, (10), 72–82. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985593>
- García Méndez, J. A. (2010). Eficacia Diferencial de los programas de apoyo a madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna: un estudio meta-analítico. Proyecto de investigación: Recuperado a partir de <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/17574>
- García, N. G. (2016). Plan de parto: Nomenclatura, toma de decisiones e implicación de los profesionales sanitarios. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 1(2), 35–51.
- García Rodríguez, M. (2011). Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 3(3). Recuperado a partir de <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/739>
- García Vera, C., & Martín Calama Valero, J. (2000). Lactancia Materna en España: Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Revista pediatría de atención primaria*, 2(7), 373–387.

- Gimeno, M. P., Barceló, C. L., Valdearcos, F. S., Soler, G. A., Fernández, A. N., & Fuster, G. P. (2001). Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 3(11), 41–51.
- Gombau Giménez, L. (2015). Programas de lactancia materna en unidades de atención primaria y especializada. *Ene*, 9(2), 0–0.
- Gomes, C. S., dos Santos Amaral, J., Peres, P. L. P., & Rodrigues, B. M. R. D. (2015). Cross-breastfeeding, from negligence to moral virtues: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3). Recuperado a partir de <http://search.proquest.com/openview/a68189279850e8c270a1b4e89e995635/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2030048>
- Gómez, E. P., Orozco, L. C., Figuera, F. A. C., Alfonso, E. P., Peña, E. R., Villabona, L. N., & Acevedo, Y. (2011). Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados. *Revista Salud Uis*, 43(3), 271–279.
- Gómez-Salgado, J., & Ríos, M. J. (2005). Influencia de las prácticas hospitalarias en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna: una reflexión para el cambio. *Evidentia*. Recuperado a partir de <http://www.index-f.com/evidentia/n4/r102articulo.php>

González de Cosío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L. D., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *salud pública de méxico*, 55, S170–S179.

Gonzalez, I. A., Huespe, M. S., & Auchter, M. C. (2008a). Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 177(2). Recuperado a partir de <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/LACTANCIA%20MATERNA/Lactancia%20materna%20exclusiva%20factores%20de%20exito%20y%20fracaso.pdf>

Gonzalez, I. A., Huespe, M. S., & Auchter, M. C. (2008b). Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 177(2). Recuperado a partir de <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/LACTANCIA%20MATERNA/Lactancia%20materna%20exclusiva%20factores%20de%20exito%20y%20fracaso.pdf>

Gorrita Pérez, R. R. (2014). La lactancia materna, un desafío aún no superado. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 270–272.



- Gorrita Pérez, R. R., Bárcenas Bellót, Y., Gorrita Pérez, Y., & Brito Herrera, B. (2014). Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista cubana de pediatría*, 86(2), 0–0.
- Gorrita Pérez, R. R., Ortiz Reyes, D., & Alfonso Hernández, L. (2016). Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(1), 0–0.
- Gorrita Pérez, R. R., Terrazas Saldaña, A., Brito Linares, D., & Ravelo Rodríguez, Y. (2015). Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(3), 285–297.
- Grupo de Trabajo, C.-I., Lombide, G., Bascarán, B., Argüelles-Cañedo, A., Merino, M.-H., Blanco del Val, A., ... others. (2009). Colaboraciones Especiales Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. Recuperado a partir de http://pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPpy4xg0WXdjs10gPsT54MZt
- Guía de lactancia materna. Granada. (2015). Recuperado 10 de diciembre de 2016, a partir de <https://www.google.es/search?site=&source=hp&q=guia+de+l>

actancia+materna+granada+2015&oq=Guia+de+lactancia+ma
terna+gra&gs_l=hp.1.0.0.1704.10126.0.12478.45.20.3.14.14.
0.380.1717.9j5j0j1.15.0...0...1c.1.64.hp..14.31.1780...0i131k1j
0i13k1j0i22i30k1.7AoZ5AqB6bU

Guijarro, E. M. (2015). Una etnografía lactivista: la dignidad lactante a través de deseos y políticas. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 10(2), 231–257.

Guise, J.-M., Palda, V., Westhoff, C., Chan, B. K., Helfand, M., & Lieu, T. A. (2003). The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *The Annals of Family Medicine*, 1(2), 70–78.

Hernández Aguilar, M. T., González Lombide, E., Bustinduy Bascarán, A., Arana Cañedo-Argüelles, C., Martínez-Herrera Merino, B., Blanco del Val, A.,... Cárcamo González, G. (2009). Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia): Una garantía de calidad. *Pediatría Atención Primaria*, 11(43), 513–529.

Herrero, L. A., & Pérez, R. R. G. (2009). ¿Cómo influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la lactancia



materna? *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, 15(3), 28–34.

Higuero-Macías, J. C., Crespillo-García, E., Mérida-Téllez, J. M., Martín-Martínez, S. R., Pérez-Trueba, E., & Mañón Di Leo, J. C. (2013). Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Profesión*, 14(3-4), 84–91.

Hurley, K. M., Black, M. M., Papas, M. A., & Caufield, L. E. (2008). Maternal symptoms of stress, depression, and anxiety are related to nonresponsive feeding styles in a statewide sample of WIC participants. *The Journal of nutrition*, 138(4), 799–805.

Hyett, K., & Mills, T. (2006). Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. *Australian Health Review*, 30(3), 407–409.

IHAN. (2003). Centros Sanitarios | iHan. Recuperado a partir de <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/>

Instituto Nacional de estadística. Informe anual 2012. (2012). Recuperado 10 de diciembre de 2016, a partir de https://www.google.es/search?q=Instituto+nacional+de+estadística+2012&oq=Instituto+nacional+de+estadística+2012&gs_l=serp.3.0j0i22i30k1l9.3861.24559.0.24869.76.35.20.21.21.0.3

04.3615.18j13j1j1.33.0...0...1c.1.64.serp..2.73.3809...0i67k1j
0i131k1j0i10k1j0i30k1j0i5i10i30k1j0i10i30k1j0i13k1.XivC6geD
5zg

Irigoin, M., & Vargas, F. (2002). Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Cinterfor Montevideo. Recuperado a partir de http://www.academia.edu/download/30925405/competencias_en_salud._manual.pdf

Jensen, D., Wallace, S., & Kelsay, P. (1994). LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN/NAACOG*, 23(1), 27.

Khatun, S., Punthmatharith, B., Orapiriyakul, R., & others. (2014). The Influence of breastfeeding attitude and subjective norm on intention to exclusive breastfeeding of mothers in Dhaka, Bangladesh.

Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). *Cochrane database of systematic reviews*, 1, 11–12.

Kronborg, H., & V\ a eth, M. (2009). How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *Birth*, 36(1), 34–42.

- Lasarte Velillas, J. J., & Hernández Aguilar, M. T. (2009). Lactancia materna: Preguntas más frecuentes. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 405–414.
- Lázaro Melero, N., & others. (2015). Conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna: Identificación de necesidades educativas. Recuperado a partir de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/13157>
- Le Boterf, G. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Gestión 2000. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=25483>
- León, L. R., Dáttoly, L. C. R., Flores, Y. F., Amieva, C. M. E. G., & Ibáñez, V. M. (2014). Factores Asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en Mujeres Derechohabientes de la Ciudad de Córdoba Veracruz. Recuperado a partir de <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Leonardo.pdf>
- Linkages, P. (2002). Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Recuperado a partir de <http://www.lactaria.org/images/materiales/cuantifi.pdf>
- Liu, L., Johnson, H. L., Cousens, S., Perin, J., Scott, S., Lawn, J. E., ... others. (2012). Global, regional, and national causes of child

mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *The Lancet*, 379(9832), 2151–2161.

Llopis Rabout-Coudray, M., López Osuna, C., Durá Rayo, M., Richart Martínez, M., Oliver Roig, A., & others. (2011). Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. Recuperado a partir de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/24996>

Llorens Mira, B., Ferrer Hernández, E., Morales Camacho, V., & Alenda Botella, A. (2007). Creímos en la lactancia materna: Una aproximación de la experiencia en tres generaciones. *Index de Enfermería*, 16(58), 34–38.

López, R. M., Molinero, D. D., Alvarado, S. R., Aldeán, J. A., & Asencio, J. M. M. (2011). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la adherencia prolongada. *Metas de enfermería*, 14(8), 16–22. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738700>

López-Fargas, I. (2015). Lactancia materna ineficaz en el puerperio inmediato: a propósito de un caso. Recuperado a partir de <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/2287>

Lozano, G. B., & Antón, B. F. (2016). Aspectos prácticos de la extracción, conservación y administración de leche materna en

el hogar/Practical aspects of expressing, storing and handling breast milk in the home. *Acta Pediatrica Espanola*, 74(7), E149.

Lucchini Raies, C., Márquez Doren, F., & Uribe Torres, C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Índex de enfermería*, 21(4), 209–213.

Macías, S. M., Rodríguez, S., & Ronayne de Ferrer, P. A. (2006). Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Arch argent pediatr*, 104(5), 423–30. Recuperado a partir de http://www.hablemosclaro.org/Repositorio/biblioteca/b_160_Leche-materna-composicio%CC%81n.pdf

Maldonado, J. A., Escós, M. R., & Aguilar, M. T. H. (2011). Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. *Evidencias en pediatría*, 7(1), 2.

Márquez, C. V., Romero, M. A. P., Martín, R. M., Rodríguez, I. M. R., & Espín, M. P. (2016). Impacto de las drogas en el recién nacido: lactancia materna y síndrome de abstinencia. En *Acercamiento multidisciplinar a la salud* (pp. 453–460). ASUNIVEP. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5691047>



Martínez-Clares, P., Martínez-Juárez, M., & Muñoz-Cantero, J. M.

(2008). Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. *Relieve*, 14(2), 1–23.

Massó Guijarro, E. (2015). Lactivismo contemporáneo en España: ¿

una nueva marea sociopolítica? *Journal of Spanish Cultural Studies*, 16(2), 193–213.

Matthews, M. K. (1988). Developing an instrument to assess infant

breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery*, 4(4), 154.

Mazo Tomé, P. L. del. (2016). Establecimiento de la lactancia

materna en púérperas con recién nacidos a término.

Recuperado a partir de

<http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/37607>

Michelini, M. L., & de Oliveira, R. (2009). Síntesis de la Norma de

Lactancia del MSP, 2009. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 80(2), 130–133.

Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad Encuesta nacional

de salud de España: Estilos de vida. (2011, 2012). Recuperado 10 de diciembre de 2016, a partir de

<https://www.google.es/search?q=Ministerio+de+Sanidad%2C+>

Servicios+sociales+e+igualdad+Encuesta+nacional+de+salud& oq=Ministerio+de+Sanidad%2C+Servicios+sociales+e+igualdad+Encuesta+nacional+de+salud&gs_l=serp.3...16882.24362.0.24968.27.27.0.0.0.0.119.2365.20j6.26.0....0...1c.1.64.serp..1.8.825...0j0i22i30k1j33i160k1j30i10k1.BWbC0hnQ_wo

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. MSC Madrid.

Mogollón Torres, F. de M. (2013). Estrategias educativas que utiliza el profesional de enfermería en la promoción de la lactancia materna, Lambayeque-Perú 2012. Recuperado a partir de <http://54.165.197.99/jspui/handle/123456789/516>

Molina, M. T. (2003). Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. En *Anales de Pediatría* (Vol. 58, pp. 263–267). Elsevier. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403303780485>

Montes, M. T. P. (2015). Aplicación del proceso enfermero ante dificultades en la instauración de la lactancia materna. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 7(1). Recuperado a

partir de <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1924>

Mora, A. I., Espinoza, A., López-Ejeda, N., Acevedo, P., Collazos, J. F. R., & Montero, P. (2015). Indicadores de riesgo cardiovascular, patrones de lactancia y estilo de vida de la madre durante el proceso de crecimiento y desarrollo fetal e infantil. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 35(2), 91–100.

Morales, D. M., Monge, F. J. C., Molina, S. T., Rodríguez, R. M., Puente, C. P., Furlong, L. V., & Abellán, I. C. (2013). Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio. *Nure Investigación*, 10(62). Recuperado a partir de <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/609>

Morales, M. L. S. (2013). EVALUACIÓN DE DOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA CON MUJERES PRIMIGESTAS DEL SERVICIO DE POSTPARTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE OCCIDENTE SAN JUAN DE DIOS, QUETZALTENANGO, GUATEMALA. Recuperado a partir de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/09/15/Sac-Marcel.pdf>

Morales-Gil, I. M. (2006). Empleo de la metodología enfermera en la promoción de la lactancia materna. En Mesa Redonda: Nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia materna. IV Congreso Español de Lactancia Materna. Puerto de la Cruz, Tenerife (Vol. 26).

More, R. L., Franch, A. A., Gil-Campos, M., Trabazo, R. L., Suárez, V. M., López, A. M.,... others. (2006). Obesidad Infantil. Recomendaciones del comité de nutrición de la asociación española de pediatría parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. En *Anales de Pediatría* (Vol. 65, pp. 607–615). Elsevier. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403306702569>

Moreno, J. D. L. H., Miranda, C. L. L., Begines, E. D., Durán, M. J. R., Rodríguez, I. M., & Rocío, S. E. (2014). LACTANCIA E INTERCULTURALIDAD: ESTUDIO COMPARATIVO DEL ÉXITO Y LA ADHERENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA ENTRE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA E INMIGRANTE DENTRO DE UN MISMO CONTEXTO DEPRIMIDO. Recuperado a partir de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0791.pdf>

Moreno-Pérez, D., Martín, A. A., Gómez, N. A., Baquero-Artigao, F., Montaner, A. E., Durán, D. G.-P., ... Serrano, M. R. (2010).

Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). En *Anales de Pediatría* (Vol. 73, pp. 143–e1). Elsevier.

Recuperado a partir de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403310000846>

Morillo, J. B., & Montero, L. (2010). Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. *Enfermería global*, (19), 0–0.

Muñoz, C. L., de Santillana, I. E., de la Luz Cárdenas, M., Fócil, M., & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 43.

Muñoz, E., Casanello, P., Krause, B., & Uauy, R. (2015). La alimentación de la madre, el bebé y el niño. *Mediterráneo económico*, (27), 57–74.

Nakano, A. M. S., Reis, M. C. G. dos, Pereira, M. J. B., & Gomes, F. A. (2007). Women's social space and the reference for breastfeeding practice. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(2), 230–238.

- Nereu Bjorn, M., Neves de Jesus, S., & Casado Morales, M. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación: beneficios para la salud. *Clínica y Salud*, 24(2), 77–83.
- NIDCAP, G., & en la Infancia, G. P. (2010). Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Recuperado a partir de <http://www.citeulike.org/group/13021/article/8273950>
- Nieto del Mármol, S. (2012). Situación y actitudes del activismo prolactancia materna en España a partir de los acontecimientos provocados por la publicación del reportaje «Madre o vaca» en el dominical Magazine de El Mundo el 17 de octubre de 2010. Recuperado a partir de <http://eprints.ucm.es/16836/>
- Niño, R., Silva, G., & Atalah, E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*, 83(2), 161–169.
- Olza Fernández, I., Marín Gabriel, M., Malalana Martínez, A., Fernández-Cañadas Morillo, A., López Sánchez, F., & Costarelli, V. (2012). Newborn feeding behaviour depressed by intrapartum oxytocin: a pilot study. *Acta Paediatrica*, 101(7), 749–754.

Olza, I. (2006). La Teoría de la Programación Fetal y el Efecto de la Ansiedad Materna durante el Embarazo en el Neurodesarrollo Infantil. Blázquez (ed.). Recuperado a partir de http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/ansiedad_durante_el_embarazo_y_alteraciones_de_conducta_en_el_nino.asp

Olza-Fernández, I., Gabriel, M. A. M., Gil-Sanchez, A., Garcia-Segura, L. M., & Arevalo, M. A. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother–child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(4), 459–472.

OMS, W. H., & others. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Recuperado a partir de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44310>

OMS, W. H., & UNICEF. (2003). Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=biABXOXrajYC&oi=fnd&pg=PR4&dq=organization+UNICEF+%26+OTHERS&ots=1lG1e78ZMQ&sig=mGfHGG7byP1CRSGmU5vtPjDJg24>



Ordoñez, G. O. (2015). Influencia del tipo de lactancia sobre la incidencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales en lactantes atendidos en un centro de atención primaria. Universidade da Coruña. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=44956>

Organizacion Mundial de la Salud. (2003). Codigo de comercializacion de sucedaneos de lactancia materna OMS. Recuperado 18 de diciembre de 2016, a partir de https://www.google.es/search?q=IHAN&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=QGIWWOzSHems8we3kqPQDA#q=codigo+de+comercializacion+de+sucedaneos+de+lactancia+materna

Organization, W. H., & others. (1998). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Recuperado a partir de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43633>

Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 4–9.



Ortega, M. E. M., Gallero, M. A. G., Medina, M. C., Díaz, C. R., García, M. M., & Díaz, A. R. (2015). Metadona y lactancia materna. *ENFERMERÍA DOCENTE*, 2(104), 55–56.

Ortiz, Y. M. B., Navarro, C. C., & Ruíz, G. G. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? *Revista Cuidarte*, 5(2), 723–30.

Paccha, C., Carlos, J., Zumba, N., & Esteban, J. (2016). Correlación del estado socioeconómico con los conocimientos de lactancia materna en embarazadas que acuden a los subcentros de salud de Totoracocha, el Paraíso y Pumapungo, Cuenca 2015 (B.S. thesis). Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25373>

Palacios Zevallos, J. M. (2016). EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES PARA LA PREVENCIÓN DE DIARREAS AGUDAS EN LACTANTES DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN–HUÁNUCO 2015. Recuperado a partir de <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/100>

Parrilla-Rodríguez, A. M., & Gorrín-Peralta, J. J. (2014). Aspectos Éticos en la Promoción de la Lactancia Humana y el Amamantamiento. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 19(2). Recuperado a partir de

<http://prhsj.rcm.upr.edu/index.php/prhsj/article/download/1158/771>

Pasadas del Amo, S., Ramírez Troyano, Á., & Martínez Rodríguez, M. (2005). La lactancia materna en Andalucía. Resultados del estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Andalucía. Junta. Recuperado a partir de <http://digital.csic.es/handle/10261/82609>

Pascual, C. P., Pinedo, I. A., Grandes, G., Cifuentes, M. E., Inda, I. G., & Gordon, J. P. (2016). Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. Atención Primaria. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671630066X>

Pate, B. (2009). A systematic review of the effectiveness of breastfeeding intervention delivery methods. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(6), 642–653.

Pena, Y. D., Martínez, G. R., Villagrasa, M. S., Pérez, V. C., Andrés, L. C., Sauras, M. Á., ... CALINA, G. C. (2012). Características socioculturales, obstétricas y antropométricas de los recién

nacidos hijos de madre fumadora. En *Anales de Pediatría* (Vol. 76, pp. 4–9). Elsevier. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403311003705>

Pereda Goikoetxea, B., Etxaniz Elozegi, I., Aramburu Aliaga, I., Ugartemendia Yerobi, M., Uranga Iturrioz, M. J., & Zinkunegi Zubizarreta, N. (2014). Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. Revisión bibliográfica. *Matronas profesión*, 15(2), e1–e8.

Pérez Enguídanos, I., & others. (2015a). Actuación de los profesionales de enfermería cuando la madre opta por la lactancia artificial. (B.S. thesis). Recuperado a partir de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/671789>

Perpiñán, M. P., Coquet, N. A., de los Reyes Losada, A., & Falcón, T. R. R. (2010). ¿ Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? Recuperado a partir de http://www.revicubalimentanut.sld.cu/Vol_20_2/RCAN_Vol_20_2_Pages_280_286.htm

Pinilla Gómez, E., Domínguez Nariño, C. C., & García Rueda, A. (2014). Madres adolescentes, un reto frente a los factores que

influyen en la lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global*, 13(33), 59–70.

Pose Becerra, C. (2010). Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la duración hasta el primer año de vida. Hospital Universitario 12 de Octubre. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2(1). Recuperado a partir de <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/257>

Poyato, P. R., & Galiano, J. M. M. (2014). Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. *ENE, Revista de Enfermería*, 8(2). Recuperado a partir de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/414>

Quiroz, C. B., Vélez, H. B., Barrantes, J. I. B., Taxa, M. B., & Gajardo, E. C. (2013). Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. *Horizonte Médico*, 13(2). Recuperado a partir de <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/72>

Rengel Díaz, C. (2012). Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna.

Recuperado a partir de

<http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/5022>

Reverté Simó, M., Aguirre Fernández, M. I., Álvarez Diez, P., Barcos San Andrés, S., & Millán Capacés, T. (2015). Lactancia materna. Factores relacionados con la iniciación, la exclusividad y la duración. *Metas de Enfermería*, 18(2), 69–75.

Rey, E. C. (2016). Creencias de lactancia materna y su influencia en la conducta de amamantar. Recuperado a partir de <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/10395>

Righard, L., & Alade, M. O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *The Lancet*, 336(8723), 1105–1107.

Rius, J. M., Ortuño, J., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M. A., López, A., ... Vento, M. (2014). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. En *Anales de pediatría* (Vol. 80, pp. 6–15). Elsevier. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313002385>

Riverón Corteguera, R. (1995). Valor inmunológico de la leche materna. *Revista cubana de pediatría*, 67(2), 0–0.

RNAO. (2003). Guía de buenas prácticas lactancia materna RNAO -
Buscar con Google. Recuperado 26 de mayo de 2016, a partir
de
<https://www.google.es/#q=guia+de+buenas+practicass+lactancia+materna+rnao>

Rocha, A. M., Oliveira, R. V., & Leal, I. (2014). The influence of
breastfeeding on children's health, well-being and
development: A theoretical and empirical review. *Revista
Facultad Nacional de Salud Pública, 32(2), 103-114.*

Rodríguez, M. P., & Cerdá, J. M. (2002). Paso a paso en el diseño de
un estudio mediante grupos focales. *Atención primaria, 29(6),
366-373.*

Rodríguez-García, R., & Schaefer, L. A. (1991). Nuevos conceptos de
lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de
la salud. Recuperado a partir de
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16611>

Romero Cevallos, J. P. (2015). Factores actitudinales relacionados
con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en
madres con puerperio inmediato atendidas en el área de
maternidad del Hospital Provincial general de Latacunga en el

período agosto del 2014 a enero del 2015. Recuperado a partir de <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/9267>

- Romero-Gutiérrez, G., Rocha-Morales, D., & Ruiz-Treviño, A. S. (2013). Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecol Obstet Mex*, 81, 180–185.
- Ruíz, J. (2006). Plan para la promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008. En *Actas del IV Congreso Nacional de Deporte Escolar*. Dos Hermanas (Sevilla).
- Sabater, A. M. (2014). Las nodrizas y su importancia en los cuidados. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (40), 9–17.
- Sabatés, L. A. (2013). DESEMPLEO Y ORIENTACIÓN PARA LA CARRERA: APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS PROFESIONALES EN LA ADULTEZ/(UNEMPLOYMENT AND CAREER GUIDANCE: APPLICATION AND EVALUATION OF A PROGRAM TO IMPROVE ADAPTABILITY TO WORK CHANGES IN ADULTHOOD). *Educación XX1*, 16(1), 191.

Salas Perea, R. S., Díaz Hernández, L., & Pérez Hoz, G. (2012). Las competencias y el desempeño laboral en el Sistema Nacional de Salud. *Educación Médica Superior*, 26(4), 604–617.

Salas-Valenzuela, M., Medina-Mora, M. del P. T., & Segura, C. M. (2014). Alimentación infantil: una reflexión en torno a los programas de estudio de enfermería en la Ciudad de México. *Salud colectiva*, 10(2), 185–199.

Salazar, K., Schwarts, J., Pontiles, M., & Guevara, H. (2008). Causas del Abandono de la Lactancia Materna. *Informe Medico*, 10(11). Recuperado a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=13169688&AN=36964073&h=VxHIpqIY4uEo1NsLv10%2FyxQJVhqqLbLEIbNK3xnTPo4UF6a4cUBI95Cd7LM4Bu6CsHIuPh0rHoQk29McIhb%2BxA%3D%3D&crl=c>

Sánchez-Erce, M., Traver Cabrera, P., & Galbe Sánchez-Ventura, J. (2012). Encuesta sobre las actitudes de los profesionales ante la lactancia materna. *Pediatría Atención Primaria*, 14(54), 107–113.

Schneider, H., Esbitt, S., & Gonzalez, J. S. (2013). Hamilton anxiety rating scale. En *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 886–

887). Springer. Recuperado a partir de

http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-1005-9_197

Schubiger, G., Schwarz, U., Tönz, O., Group, N. S., & others. (1997). UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *European journal of pediatrics*, 156(11), 874–877.

Sénat, M.-V., Sentilhes, L., Battut, A., Benhamou, D., Bydlowski, S., Chantry, A., ... Marpeau, L. (2016). Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 202, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.04.032>

Sesma, M. L. J., Villacastillo, V. P., & Fleta, E. I. (2009). La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Medicina naturista*, 3(2), 77–85. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3017264.pdf>

Solano Silva, G. P. D. C. (2016). Relación entre la lactancia materna exclusiva y mixta, y el estado nutricional en niños de 1, 3 y 6 meses. Recuperado a partir de <http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/UNITRU/1203>

Stuebe, A. M. (2014). Formas de facilitar que la mujer alcance sus metas de lactancia materna. *Obstet Gynecol*, 123, 643–52.

Suárez, B. O., Madurga, L. E., Villagrasa, M. S., Andrés, L. C., Sauras, M. Á., Velillas, J. L., ... CALINA, G. C. (2014). Immigration and factors associated with breastfeeding. CALINA study. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 81(1), 32–38.

Recuperado a partir de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287914000040>

Tarrant, R. C., Younger, K. M., Sheridan-Pereira, M., White, M. J., & Kearney, J. M. (2010). The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public health nutrition*, 13(06), 760–770.

Tejero-Lainez, C. (2013). Estrategias de atención al parto normal y de salud reproductiva en el sistema nacional de salud en España. *Medicina Naturista*, 7(1). Recuperado a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=15763080&AN=85473332&h=cgrU8Hu4VU6y%2FKr4o5gJBYm3q2Uyj0p72%2F93Ou4MNPTThOGO2uLXPVVIImhgcsX%2BEX%2B6oAenwRu0dBhaHZZnc3Tw%3D%3D&crl=c>

Tizón Bouza, E. (2015). Lactancia materna y sus determinantes.

Recuperado a partir de

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46869&orden=1&info=link>

Toma, T. S., & Rea, M. F. (2011). La Iniciativa Hospital Amigo de la

Niñez y la herramienta computarizada para su monitoreo y

sustentabilidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(5), 505–506. Recuperado a partir de

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011001100016

Tornese, G., Ronfani, L., Pavan, C., Demarini, S., Monasta, L., &

Davanzo, R. (2012). Does the LATCH score assessed in the first 24 hours after delivery predict non-exclusive breastfeeding at hospital discharge? *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 7(6), 423.

Torres, J., Palencia, D., SÁNCHEZ, D., García, J., Rey, H., & Echandía,

C. A. (2013). Programa madre canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta

la semana 40 de edad postconcepcional. Recuperado a partir de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/5644>

Unicef. (2004). Estado Mundial de la Infancia 2005: La infancia amenazada (Vol. 2005). Unicef. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=potYZ5ZQwl8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Unicef+2004&ots=Dz0Ss4x3lh&sig=qQPm0xI3-jZMrG6N5fAH2qX30y8>

UNICEF, Organization, W. H., & others. (1989). Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. Recuperado a partir de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39679>

UNICEF, & others. (2016). Comercialización de sucedáneos de la leche materna: aplicación del código internacional: informe de situación 2016: resumen. Recuperado a partir de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/206011>

UNICEF, U. (2009). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. Recuperado a partir de <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=UCC.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=099589>

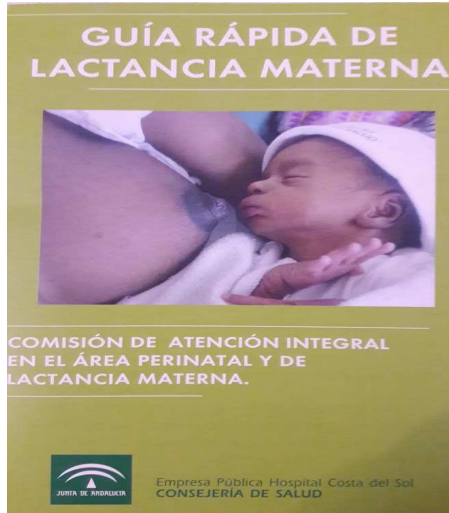
UNICEFOMS, U. (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. Recuperado a partir de <http://www.sidalc.net/cgi->

bin/wxis.exe/?IsisScript=UCC.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=099589

- Vélez Zea, J., Gutiérrez, L. A., & Montoya Campuzano, O. (2015). Molecular identification and evaluation of the probiotic ability of lactic acid bacteria from sow colostrum. *CES Medicina Veterinaria y Zootecnia*, 10(2), 141–149.
- Vera, C. J. G., & Olcina, M. J. E. (2009). Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evidencias en pediatría*, 5(1), 13.
- Villares, J. M., Segovia, M. G., & Serra, J. D. (2005). Preparación y manejo de las fórmulas infantiles en polvo. Reflexiones en torno a las recomendaciones del Comité de Nutrición de la ESPGHAN. *Acta Pediatr Esp*, 63, 279–282.
- WHO Maternal, W. H. O. (2015). *Newborn, child and adolescent health*. 2014. Google Scholar.
- Zamorano-Jiménez, C. A., Cordero-González, G., Flores-Ortega, J., Baptista-González, H. A., & Fernández-Carrocerá, L. A. (2012). Control térmico en el recién nacido pretérmino. *Perinatología y reproducción humana*, 26(1), 43–50.

17. ANEXOS

ANEXO 1. Guía rápida de Lactancia Materna: Protocolo de Lactancia Materna HCS.



Nombre del procedimiento COD: Fecha: Edición: 01		
PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO		
LACTANCIA		
ÁREA MATERNO INFANTIL		
Elaborado por: Comisión Atención perinatal y Lactancia Fecha: 01/06/2007	Revisado por: Diego Doncel Molinero M ^a Victoria Mesa Some Rosana Medina López Javier Álvarez Aldean Irene Cañamero Belén Garrido Claudio Maañón Fecha: 01/04/2009	Aprobado por: Comisión Atención perinatal y Lactancia Fecha: 15/04/2009
La Pág. 1 de 30		

ANEXO 2.

Relación de Grupos e Apoyo en Distrito Sanitario Costa del Sol.



amamarbb - Grupo de Apoyo
Centro Salud La Lobilla - 29680 - Estepona - (Málaga)
Teléfono: 634519166
Email: amamarbb@yahoo.es / mariapueblas@hotmail.com
[Ver web](#)

Criar con el Corazón - Grupo de Apoyo- Marbella- 29600 - (Málaga)
Email: asociacion@criarconelcorazon.org
[Ver web](#)



La Liga de La Leche - Grupo de Apoyo- Alhaurín el Grande
Casa de la Cultura, C/ San Sebastián - 29120 - Alhaurín el Grande - (Málaga)
Teléfono: 649178855
Email: pacodoblas2000@yahoo.es
[Ver web](#)

La Liga de La Leche - Grupo de Apoyo-Marbella
Centro Cultural Cortijo Miraflores , Avda Trapiche, C/ San Pedro Alcántara - 29600 - Marbella - (Málaga)
Teléfono: 649178855
Email: pacodoblas2000@yahoo.es
[Ver web](#)



CRIAR CON APEGO - Grupo de Apoyo
Centro de Salud D. José Molina Díaz; C/ Pepe Tóbal, 1 - 29130 - Alhaurín de la Torre - (Málaga)
Email: deliacarballo@gmail.com
[Ver web](#)



Liga de la Leche - Grupo de Apoyo- Málaga - (Málaga) Teléfono: 952.32.39.05

ANEXO 3. Escala de Mathews.

OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

<i>Grado de alerta previo a la succión</i>	a) Espontáneamente (3)
	b) Necesita estímulo para inicial (2)
	c) Necesita mayor estímulo (1)
	d) No se despierta a pesar de estímulo (0)
<i>Búsqueda del pezón (al tocar mejilla)</i>	a) Gira la cabeza y busca activamente (3)
	b) Necesita cierta ayuda o asistencia (2)
	c) Búsqueda es pobre aún con ayuda (1)
	d) Ausencia (0)
<i>Tiempo para engancharse e iniciar la succión</i>	a) Lo coge inmediatamente (3)
	b) Tarda 3 – 10 minutos (2)
	c) Tarda > 10 minutos (1)
	d) No se engancha (0)
<i>Calidad de la succión</i>	a) No succiona (0)
	b) Succión débil o de corta duración (1)
	c) Succiona bien, suelta y debe animarle un poco (2)
	d) Buena succión en uno o ambos pechos (3)

VALORACIÓN:


12 – 10 = EFICIENTE

9 – 7 = MEDIANAMENTE EFICIENTE

6 – 0 = DEFICIENTE

Bibliografía. Mathews MK, Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery* 1988; 4:154-165.

ANEXO 4. Ficha de Observación de la Toma.



Hospital Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

FICHA OBSERVACION TOMAS LACTANCIA MATERNA
(EN NEONATOS VALORAR AL INICIO DE LA LACTANCIA Y AL ALTA. TAMBIÉN SI APARECIERA ALGÚN PROBLEMA)

PRIMIPARA
 MULTIPARA
 ¿Ha tenido problemas anteriores con la lactancia?

NO
 SI

¿Cuánto tiempo aproximadamente día de mamar a su último hijo?

¿Ha recibido educación maternal previa al parto?

NO
 SI

Nombre
Apellidos
Nº Historia
Cama

Etiquetas

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA BIEN	Día			Día			Día		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N
POSICIÓN DEL CUERPO									
Madre relajada y cómoda									
Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho									
Cabeza y cuerpo del bebé alineados (Nalgas del bebé apoyadas)									
RESPUESTAS									
(El bebé busca el pecho)									
El bebé explora el pecho con la lengua									
Bebé tranquilo y alerta mientras mama									
El bebé permanece agarrado al pecho									
Signos de eyeción de leche (chorros, entuertos)									
VÍNCULO AFECTIVO									
Lo sostiene segura y con fiadamente									
La madre mira al bebé cara a cara									
Mucho contacto de la madre									
La madre acaricia el bebé									
ANATOMÍA									
Pechos blandos después de la mamada									
Pezones protráctiles									
Piel de apariencia sana									
Pechos redondeados mientras el bebé mama									
SUCCION									
Más areola sobre la boca del bebé									
Boca bien abierta									
Labio inferior evertido									
Mentón del bebé toca el pecho									
Mejillas redondeadas									
Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas									
Se puede ver u oír al bebé deglutiendo									
TIEMPO									
El bebé suelta el pecho espontáneamente									

SIGNOS NEGATIVOS

POSICIÓN DEL CUERPO
Hombros tensos, se inclina sobre el bel
Cuerpo del bebé separado de la madre
Cuello del bebé torcido
(Sólo apoyada cabeza u hombros)

RESPUESTAS
(No se observa búsqueda)
El bebé no muestra interés en pecho
Bebé inquieto o llorando
El bebé se suelta del pecho
No hay signos de eyeción de leche

VÍNCULO AFECTIVO
Lo sostiene nerviosa y con torpeza
La madre no mira al bebé a los ojos
Lo toca poco, escaso contacto físico
La madre lo sacude

ANATOMÍA
Pechos ingurgitados (pletóricos)
Pezones planos o invertidos
Piel roja o con fisuras
Pechos estrados o halados

SUCCION
Más areola por debajo de la boca del bebé
Boca no está bien abierta
Labio inferior invertido
Mentón del bebé no toca el pecho
Mejillas tensas o chupadas hacia adent
Sólo mamadas rápidas
Se oye al bebé chasqueando

TIEMPO
La madre retira al bebé del pecho

Complimentar al **ingreso y al alta**. También **durante el ingreso si se observa alguna incidencia**.
 Marcar con una S si se cumplen algunos de los signos de que la lactancia funciona bien (columna de la izquierda)
 Marcar con una N si no se cumplen algunos de los signos de que la lactancia funciona bien
 La columna de la derecha son signos de posible dificultad

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA FUNCIONA BIEN	Día			Día			Día		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N
POSICIÓN DEL CUERPO									
Madre relajada y cómoda									
Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho									
Cabeza y cuerpo del bebé alineados (Nalgas del bebé apoyadas)									
RESPUESTAS									
(El bebé busca el pecho)									
El bebé explora el pecho con la lengua									
Bebé tranquilo y alerta mientras mama									
El bebé permanece agarrado al pecho									
Signos de eyección de leche (chorros, entuerros)									
VÍNCULO AFECTIVO									
Lo sostiene segura y confiadamente									
La madre mira al bebé cara a cara									
Mucho contacto de la madre									
La madre acaricia al bebé									
ANATOMÍA									
Pechos blandos después de la mamada									
Pezones protráctiles									
Piel de apariencia sana									
Pechos redondeados mientras el bebé mama									
SUCCION									
Más areola sobre la boca del bebé									
Boca bien abierta									
Labio inferior evertido									
Mentón del bebé toca el pecho									
Mejillas redondeadas									
Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas									
Se puede ver u oír al bebé deglutendo									
TIEMPO									
El bebé suelta el pecho espontáneamente									

SIGNOS NEGATIVOS

POSICIÓN DEL CUERPO

Hombros tensos, se inclina sobre el bebé
 Cuerpo del bebé separado de la madre
 Cuello del bebé torcido
 (Sólo apoyada cabeza u hombros)

RESPUESTAS

(No se observa búsqueda)
 El bebé no muestra interés en el pecho
 Bebé inquieto o llorando
 El bebé se suelta del pecho
 No hay signos de eyección de leche

VÍNCULO AFECTIVO

Lo sostiene nerviosa y con torpeza
 La madre no mira al bebé a los ojos
 Lo toca poco, escaso contacto físico
 La madre lo sacude

ANATOMÍA

Pechos ingurgitados (pletóricos)
 Pezones planos o invertidos
 Piel roja o con fisuras
 Pechos estirados o halados

SUCCIÓN

Más areola por debajo de la boca del bebé
 Boca no está bien abierta
 Labio inferior invertido
 Mentón del bebé no toca el pecho
 Mejillas tensas o chupadas hacia adentro
 Sólo mamadas rápidas
 Se oye al bebé chasqueando

TIEMPO

La madre retira al bebé del pecho



ANEXO 5.

Escala de Hamilton. Evaluación de la Ansiedad.

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) Versión en Español**Nombre del****Paciente:** _____**Edad:** _____ **Expediente:** _____**Fecha:** _____**Instrucciones:**

Esta lista es para ayudar al médico en la evaluación de cada paciente en cuanto al grado de ansiedad y estado patológico. Por favor, haga su evaluación de acuerdo con los siguientes valores, considerando las últimas dos semanas:

0= Ausente 1= Leve 2= Moderado 3= Grave 4= Grave, totalmente incapacitado

Patología		Valores
Estado Ansioso	Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad	
Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, imposibilidad para relajarse.	
Temores	De la oscuridad, de extraños, de ser dejado solo, de animales, del tráfico, de las multitudes.	
Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos.	
Intelectual (Comprensión)	Dificultad de concentración, memoria pobre.	
Estado Depresivo	Pérdida de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar temprano, transposición de sueño y vigilia.	
Sistema Somático Muscular	Dolores y mialgias, espasmos musculares o calambres, rigidez, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado	
Sistema Somático (Sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensación de prurito.	

ANEXO 6.

Encuesta de los FEA.

Buenos días, mi nombre es Isabel M González Cruz. Soy enfermera y actualmente trabajo como RUE del Área de Hospitalización de Ginecología y obstetricia.; Me dirijo a usted para pedirle colaboración a través de la cumplimentación de este cuestionario; a través de él y algunas actividades más pretendo evaluar la "Prevalencia de la Lactancia Materna" en su fase de instauración en el puerperio inmediato, así como a los tres meses de vida. Para ello uno de los aspectos que pretendo analizar está relacionado con las intervenciones que el equipo asistencial realizamos a diario y que están encuadradas en el Proyecto de Humanización de Atención al parto (PHAPA) y Nacimiento en Andalucía, así como la Iniciativa para la Humanización en la asistencia para el Nacimiento y la Lactancia (IHAN). Es una encuesta breve, y considero fundamental su aportación. Agradeciendo de antemano su colaboración. Muchas Gracias. PD: Para poder rellenarla utilizar Google Chrome o Mozilla Firefox. Gracias.

[ENCUESTA SOBRE ACTITUDES PROFESIONALES ANTE LA LACTANCIA \(FEA Pediatría / Neonatología\)](#)

Recogida de información

Edad

Especialidad *

Sexo *

- Hombre
- Mujer

Señale su Nivel de Competencia en la Lactancia Materna (LM) *

- Nivel I
- Nivel 2
- Nivel 3
- No procede

Tiempo de experiencia en el Servicio *

- Menos de 3 meses
- Menos de 6 meses
- Más de 1 año
- Más de 10 años
- Más de 5 años

Tipo de contrato *

- Estructural
- Interino

Horas de formación recibida en Lactancia Materna *

- Formación recibida por trabajar en HCS: más de 10 horas
- Formación previa a trabajar en HCS: más de 30
- Formación previa a trabajar en HCS: más de 10 horas
- Formación recibida por trabajar en HCS: más de 30 horas
- No tengo formación en LM

Horas docentes impartidas en Lactancia Materna *

- Más de 5 horas
- Más de 30 horas
- Colaboro habitualmente como docente de cursos o actividades relacionadas con la LM
- Ninguna

Actividad investigadora sobre LM: *

- Comunicación
- Poster
- Publicación
- Colaboración en Proyecto de Investigación
- Colaboración en elaboración de protocolos, guías etc. relacionados con LM por objetivos del

Área

- Ninguna
- Otro:

Durante la visita al Recién Nacido les explico a las madres los beneficios de la Lactancia Materna *

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Y les explico también los perjuicios de la Lactancia Artificial? *

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

Conoce la Iniciativa IHAN (Iniciativa para la Humanización en la asistencia para el Nacimiento y la Lactancia) *

- Si

- No

Conoce algún documento escrito sobre LM *

- Si
- No

Por favor, indique cual/es: *

Existe en su zona un Comité de LM *

- Si
- No

Nombre algún Grupo de Apoyo a la LM de su entorno *

Cada cuanto tiempo considera necesario realizar una reevaluación presencial de la toma: *

- Una vez por turno
- Cada 4 horas
- Cada turno hasta que se vaya de alta
- Siempre que sea preciso, hasta que se realice de manera adecuada

¿Aconseja habitualmente el "contacto piel con piel"? *

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

Nombre algún aspecto beneficioso del "contacto piel con piel": *

¿Aconseja medidas " no farmacológicas" para el dolor si no están indicadas? *

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

Indique alguna medida no farmacológica que suele aconsejar: *

Ha realizado alguna vez una "Valoración presencial de la Toma" *

- Si
- No
- No procede

Cuantos minutos (+-) suele invertir o cree que invierte el personal de enfermería en una "Valoración presencial de la Toma" *

La " Valoración presencial de la Toma" es un criterio necesario a tener en cuenta a la hora de planificar el alta del Recién Nacido *

- Nunca
- Raramente
- A veces

- Frecuentemente
- Siempre

La " Valoración presencial de la Toma" realizada por el equipo de enfermería en el área puerperal es un criterio "fiable" a tener en cuenta a la hora de planificar el alta del Recién Nacido *

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Considera que existe variabilidad en la información facilitada a las madres por parte del personal de enfermería del área de hospitalización maternal, respecto a la Lactancia Materna? *

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

Existe leche materna de "baja calidad": *

- Si
- No

¿La leche de madre de un recién nacido es la más adecuada para su alimentación? *

- Si
- No
- No siempre

Si en la anterior pregunta has respondido -No o No siempre- por favor, plantea algún ejemplo en el que no sería adecuada

¿La LM favorece la relación psicoemocional entre "madre e hijo"? *

- Si
- No

¿La leche materna protege al niño de infecciones? *

- Sí
- No

¿Las madres están suficientemente informadas antes de decidir el tipo de lactancia? *

- Sí
- No

¿Las madres con ansiedad frente a la LM están bien informadas? *

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Cómo objetiva en su trabajo que esas madres están o no bien informadas? *

A vertical slider control with a central track and two arrowheads at the top and bottom, used for rating objectivity.

¿Está de acuerdo en generar cambios en su modo habitual de trabajo para favorecer la LM? *

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación?: " Una de las principales barreras identificadas por las madres en el proceso de instauración de la lactancia materna, es la presión generada por los propios profesionales". (Presión generada respecto a la toma de decisiones y al inicio de la LM) *

- Sí
- No

ANEXO 7.

Encuesta sobre actitudes de las madres ante la LM.

Responde a las preguntas que quieras que estén ya rellenas y haz clic en Enviar.
Encuesta sobre actitudes de las madres ante la Lactancia Materna en las UH 3200 y 3300
Recogida de Datos

*Obligatorio

NHC *

Edad de la madre (actual) *

Sexo bebe o bebes *

Mujer

Varón

Categoría profesional *

Edad Gestacional *

Peso al nacimiento *

Peso al alta

Tipo de Parto *

Vaginal

Vaginal instrumentalizado

Cesara programada

Cesárea urgente

Otro:

Hijos previos *

Si

No



¿Cuántos?

Edad con la que tuvo otros embarazos *

Tipo de lactancia previa *

Nivel de estudios *

Tipo de lactancia al alta *

Materna Exclusiva

Mixta

Artificial

Tipo de Lactancia a los tres meses *

Materna Exclusiva

Mixta

Artificial

Reingresos del niño *

Si

No

Otro:

Contacto piel con piel *

Si, en partos

No

Método Canguro

Si, en partos y posteriormente como práctica habitual

Otro:

"Valoración de la toma" bien realizada *

Si, se hace, pero no se cumple el protocolo

Si, completa

No

Otro:

Tras el parto, ¿le pusieron al bebe al pecho en la primera hora de vida? *

¿Durante su ingreso el personal de enfermería le ayudo/informo sobre la Lactancia Materna? *

Nunca

Raramente

A veces

Frecuentemente

Siempre

Otro:

Valore del 1 al 5 el contenido de la información (siendo 0 el valor más bajo y 5 el más alto) *

1

2

3

4

5

Otro:

Valore del 1 al 5 si le gusto como le facilitaron esa información (siendo 0 el valor más bajo y 5 el más alto) *

1

2

3

4

5

Otro:

¿Podría indicarme el nivel de satisfacción en relación a la ayuda en la información recibida sobre el proceso de hospitalización de su bebe? (siendo 0 el valor más bajo y 5 el más alto) *

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Otro:

¿En el domicilio recibió educación o información sobre la LM? *

- Si
- No

Otro:

¿Cuántos meses tenía su bebe cuando dejo de darle el pecho definitivamente? *

¿Cómo se fue de convencida a su casa para mantener la LM? *

- Nada
- Escasa
- Poco
- Medianamente
- Totalmente

Otro:

¿Cuál fue el motivo por el que finalizo la lactancia materna? *

¿Alguien le recomendó finalizar la LM? *

- No
- Si, matrona
- Si, enfermera
- Si, el pediatra de AP
- Sí, mi pareja
- Si, familiares y amigos

Otro:

¿Siente usted que después del parto, le duele más la cabeza? ¿Lo relaciona con la puesta al pecho de su recién nacido? *

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Otro:

Opción 1

¿Sensación de malestar o tensión? *

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Otro:

¿Se siente cansada aun habiendo dormido?, ¿Tiene continua sensación de falta de energía?? *

- Siempre
- Casi siempre
- A veces

Casi nunca

Nunca

Otro:

¿Los eventos más habituales le generan ahora mayor sensibilidad? *

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi nunca

Nunca

Otro:

¿Ahora mismo, tiene usted tendencia a acordarse más bien de cosas negativas? *

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi nunca

Nunca

Otro:

¿Ahora mismo, tiene usted tendencia a acordarse más bien de cosas positivas? *

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi nunca

Nunca

Otro:

¿Se centra usted más en más de lo habitual en procesos orgánicos tales como: ¿latidos del corazón, respiración...? *

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi nunca

Nunca

Otro:

¿Siente ansiedad o temor sin motivos aparentes? *

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi nunca

Nunca

Otro:

¿Siente usted que continuamente hay algo que le preocupa? *

Siempre

Casi siempre

A veces

Casi nunca

Nunca

Otro:

¿Está usted de acuerdo con la siguiente afirmación?: " Una de las principales barreras identificadas por las madres en el proceso de instauración de la Lactancia Materna, es la presión generada por los propios profesionales." (Presión generada respecto a la toma de decisiones y al inicio de la LM). *

Muy de acuerdo

De acuerdo

Indiferente

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

Otro:

¿Conoce la existencia de grupos de apoyo a la lactancia materna? *

Si

No

¿Porque los conoce? *

Muchas gracias por participar. Si tiene alguna propuesta de mejora al respecto, añádala. Muchas gracias.

Principio del formulario

ANEXO 8.

Técnica de Marmet.

1.- Coloca el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm. por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola). Evita que el pecho descansa sobre la mano.



Mano derecha



Mano izquierda

2.- Empuja los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, primero levántalos y después empuja los dedos hacia atrás.



3.- Rueda los dedos y el pulgar hacia el pezón, del modo en que se imprimen en un papel las huellas digitales (rueda pero no deslices).

4.- Repite rítmicamente para vaciar los depósitos (coloca los dedos, empújalos hacia adentro, ruedalos).

5.- Ve rotando la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilice ambas manos en cada pecho.

EVITA estos movimientos:




Suplemento


VII

Diciembre 2000 • Nº 85


1. Masajear. El masaje se realiza oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos se va cambiando hacia otra zona del seno.



2. Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar con este movimiento desde la parte de fuera del pecho hacia el pezón, por todo el alrededor.





3. Sacudir ambos pechos suavemente inclinandose hacia delante.




Extracción manual

1. Se coloca el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola).
Evite que el pecho descanse sobre la mano como si ésta fuera una taza.


2. Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, conviene lavarlos antes de empujar.



3. Hay que rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, del modo en que se imprimen en un papel las huellas digitales (que rueden pero que no se deslicen.).

Procedimiento de extracción



- Extraiga la leche de cada pecho hasta que el flujo de leche se haga más lento.
- Provoque el reflejo de bajada en ambos pechos (masajear, frotar, sacudir. Puede hacerse simultáneamente).
- Repita todo el proceso de exprimir y provocar el reflejo de bajada una o dos veces más. El flujo de leche generalmente se entorpece más pronto la segunda y tercera vez, a medida que los reservorios se van drenando. El procedimiento completo suele durar entre 20 y 30 minutos al principio; si la producción de leche ya está establecida, los tiempos suelen ser menores.



Observe en el dibujo la posición de las uñas.

4. Repita rítmicamente para vaciar los depósitos (colocando los dedos, empujándolos hacia adentro, ruedelos.).

5. Rote la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilice ambas manos en cada pecho.

ANEXO 9. Dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación

FRANCISCO RIVAS RUIZ COMO SECRETARIO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN COSTA DEL SOL

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado y ponderado de forma FAVORABLE en Sesión Ordinaria celebrada el 29 de septiembre de 2016 el proyecto de investigación titulado:

TÍTULO: Intervención Enfermera en el proceso de instauración de la lactancia materna en el Hospital Costa del Sol, cuya investigadora principal es Isabel Mª González Cruz (Equipo Enfermería, Hospital Costa del Sol), con código interno: 001_sep_P12 – Lactancia Materna.

Los miembros del CEI CS presentes: Miguel Aguilar Bernier, Marta Aranda Gallardo, Secundino Castillo Sánchez, Yolanda de Mesa Berenguer, Francisco Jesús González Sánchez, Ángeles Morales Fernández, José Luis Moreno Haro, Alejandro Pérez Cabeza, Elisabeth Pérez Ruiz, Francisco Rivas Ruiz, Isabel María Rodríguez Jiménez.

consideran que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.
- Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo en Marbella, a treinta de septiembre de dos mil dieciséis

Fdo. Francisco Rivas Ruiz

Secretario del CEI Costa del Sol (en funciones)



ANEXO 10. "25 Razones para dar el pecho".



25 RAZONES PARA DAR EL PECHO

1. **LA LECHE MATERNA ES EL MEJOR ALIMENTO.** Contiene un equilibrio perfecto y exclusivo de proteínas, grasas, azúcares, minerales y vitaminas.
2. **SE ADAPTA A LAS NECESIDADES DEL BEBÉ.** Cambia su composición a lo largo del día, de los meses; incluso dentro de cada toma.
3. **SIEMPRE ESTA DISPONIBLE.** Algo muy de agradecer, sobre todo en las tomas nocturnas.
4. **ESTA A TEMPERATURA ADECUADA Y LIBRE DE GERMENES**
5. **APORTA DEFENSAS FRENTE A INFECCIONES.** Los bebés que toman leche materna padecen menos diarreas, otitis y neumonías.
6. **LA LECHE MATERNA SE DIGIERE MEJOR.** Por eso son menos frecuentes la diarrea y el estreñimiento.
7. **SE ABSORBEN MEJOR LAS VITAMINAS.** El organismo del bebé absorbe mejor las vitaminas y minerales de la leche materna
8. **ES LA MÁS INDICADA PARA BEBÉS PREMATUROS PORQUE SE ADAPTA MEJOR A SUS NECESIDADES.** Se ha comprobado que el bebé gana más peso y sale antes del hospital.
9. **DISMINUYE EL RIESGO DE APARICIÓN DE ALERGIAS EN EL BEBÉ.** Las proteínas de la leche materna son reconocidas como propias por su sistema inmunológico.
10. **FAVORECE EL ADECUADO DESARROLLO DE LA DENTADURA.** La succión asegura un crecimiento armónico del arco dentario y del paladar.
11. **PREVIENE LA OBESIDAD INFANTIL.** Los bebés solo toman la cantidad que necesitan, aprendiendo a regular el apetito por sí mismos.
12. **DISMINUYE EL RIESGO DE DIABETES EN EL NIÑO**
13. **FAVORECE EL DESARROLLO INTELECTUAL.** Contiene elementos fundamentales en el desarrollo del cerebro humano.
14. **CUIDA LA PIEL.** La leche materna contiene ácido linoléico que ayuda a mantener sana la piel del bebé.

15. **DISMINUYE EL RIESGO DE MUERTE SÚBITA.** Su frecuencia es menor en los bebés alimentados con leche materna.
16. **AYUDA A LA MADRE** en el alumbramiento. Con el bebé puesto al pecho nada más nacer, se facilita la expulsión de la placenta, la recuperación del útero, y que la pérdida de sangre sea menor.
17. **AYUDA AL EQUILIBRIO MENTAL DE LA MUJER.** La succión estimula la producción de oxitocina, hormona que produce en la madre una sensación de bienestar.
18. **AYUDA A LA MADRE A RECUPERAR SU FIGURA.** Favorece la eliminación de las grasas acumuladas durante el embarazo.
19. **RETRASA LA MENSTRUACIÓN.** Esto permite a la madre reponer y almacenar reservas de hierro.
20. **LA LACTANCIA PROLONGADA PROTEGE A LA MADRE CONTRA EL CÁNCER DE MAMA Y OVARIO.**
21. **REDUCE EL RIESGO DE OSTEOPOROSIS.** La osteoporosis es menos frecuente en las mujeres que han amamantado.
22. **PROPORCIONA CALOR Y SEGURIDAD.** La estrecha relación que se establece facilita que el bebé crezca con confianza en el mundo que le rodea
23. **AYUDA A ADAPTARSE A LA NUEVA SITUACIÓN.** Favorece que la madre adquiera confianza en su habilidad para criar a su bebé y la relación entre ambos.
24. **AHORRA ENERGÍA Y NO CONTAMINA EL MEDIO AMBIENTE.** Porque no requiere gas o electricidad para su preparación y evita el uso de materiales como el cartón, vidrio o el caucho de las tetinas.
25. **ES DE VALOR INCALCULABLES A MUY BAJO PRECIO**



INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS

1. Disponer una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. Informar a las embarazadas de los beneficios de la Lactancia Materna y como realizarla.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a la madre como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactación incluso si se ha de separar del niño.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna.
7. Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo 24 horas al día.
8. Fomentar la lactancia a demanda.
9. No dar a los niños alimentados a pecho chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la LM y procurar que las madre se pongan en contacto con ellos.

ANEXO 11. Competencia Manejo de la Lactancia Materna.



Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

OB.S.LAC.8

Competencia: Manejo de la lactancia	
DEFINICIÓN:	El enfermero responsable aplicara sus conocimientos sobre fisiología de la lactancia materna, ventajas y posibles complicaciones de la lactancia materna, así como sus conocimientos sobre la forma adecuada de amamantar, evaluación / succión, deglución RN y cuidados sobre los pezones y mamas para instaurar y mantener una alimentación de pecho satisfactoria.
NIVEL I	<p>1. Buena práctica: El enfermero monitorizará que la lactancia materna se esta realizando adecuadamente. Evidencia: Registro de los siguientes signos: posición del cuerpo, respuesta del bebe, vínculo afectivo, anatomía de la mama, succión y tiempo de la toma. Prueba: Personal de nueva incorporación; Evaluación in situ de 5 casos. Validación por tutor. Resto: Autoauditoria de 10 historias clínicas (Registro del RN) donde se registre cada una de dichas intervenciones.</p>
NIVEL I	<p>2. Buena práctica: El enfermero conocerá y aplicara el protocolo de lactancia materna, administrando formula artificial "solo" en aquellos casos que determina el protocolo. Evidencia: Registro en la historia de las siguientes intervenciones: administración de formula adaptada por prescripción medica utilizando jeringa, cucharillas o vaso, especificando el motivo. Registro en la Historia de "renuncia a la lactancia materna" e inhibición farmacológica. Prueba: Autoauditoria de 10 historias clínicas (Registro del RN) en el que se registre alguna de estas intervenciones.</p>
NIVEL II	<p>3. Buena práctica: El enfermero realizara una adecuada Planificación al alta desde el ingreso, mediante preparación y entrega de documentación al alta. Evidencia: Registro en la historia de las siguientes intervenciones: Planificación al alta (7370), Entrega de documentación educativa (chequeo PCG). Entrega de información sobre grupos de apoyo a la lactancia (cuando sea preciso). Realización del ICC, especificando si al alta mantiene lactancia materna, mixta o artificial. Prueba: Autoauditoria de 10 historias Clínicas donde se registre cada una de las intervenciones.</p>
NIVEL II	<p>4. Buena práctica: El enfermero abordará las necesidades de educación sanitaria. Evidencia: Registro en la historia de las siguientes intervenciones: Cuidados del Lactante (6820), Asesoramiento lactancia (524), Ayuda lactancia materna (1050), Información sobre técnicas de extracción manual de la leche. Prueba: Autoauditoria de 10 historias clínicas donde se registre cada una de dichas intervenciones.</p>
NIVEL III	<p>5. Buena práctica: El enfermero orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la práctica enfermera en esta competencia. Evidencia: El profesional desarrolla alguna de las siguientes actuaciones: + Incorpora evidencias científicas en su práctica diaria, tras una búsqueda bibliográfica + Analiza la actividad enfermera realizada en busca de aspectos de mejora obtenidos en los pacientes. + Realiza una sesión clínica sobre aspectos de impacto introducidos en la práctica enfermera o docente en curso formación + Participa en un grupo de mejora o grupos evaluadores del área sobre esta competencia. Prueba: Informe al responsable de la unidad de la búsqueda de resultados o de las mejoras objetivas o de alguna de las actividades anteriores.</p>

