

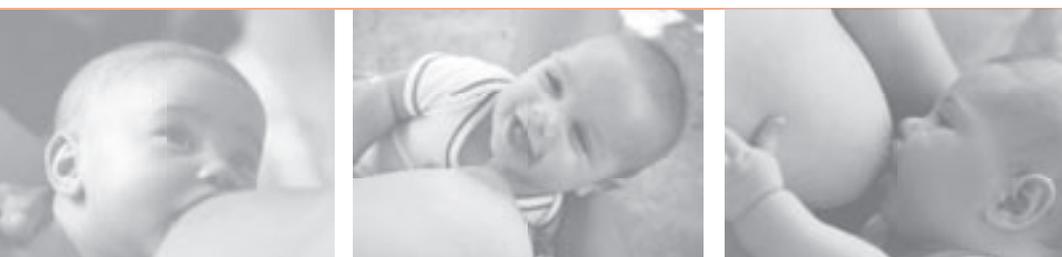
La Lactancia Materna en Andalucía

Resultados del Estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida



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



PROGRAMA DE SALUD
MATERNO - INFANTIL

El libro "La lactancia materna en Andalucía" es el resultado de la investigación llevada a cabo mediante la colaboración entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA/CSIC) y los participantes del proyecto de investigación financiado a través de la beca SAS 70/00.

La LACTANCIA materna en Andalucía /
[autores, Josefa Aguayo Maldonado ... et al.]

-- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2005]

143 p. : il. ; 28 cm

En port.: Resultados del Estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida

1. Lactancia materna
2. Prevalencia-Andalucía 3. Salud materno-infantil 4. Medio Social 5. Andalucía
I. Aguayo Maldonado, Josefa II. Andalucía.
Consejería de Salud

WS 125

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: 84-689-3945-5

Depósito Legal: SE-4683-05

Diseño: Artefacto

Impresión: Technographic, S.L.

PRESENTACIÓN

La importancia de la práctica de la lactancia materna como factor determinante de la salud infantil y materna, hace que la protección, promoción y apoyo de la misma sea una prioridad de salud pública y un objetivo de primer orden para la Consejería de Salud.

Por ello, se hace imprescindible contar con información rigurosa sobre la prevalencia de lactancia materna en nuestra Comunidad y también sobre los factores favorecedores de la misma y sobre aquellos otros que suponen un obstáculo para conseguir una lactancia satisfactoria tanto para la madre como para el bebé.

Con este fin se planteó el estudio que ahora tengo la satisfacción de presentar, que es el resultado de la colaboración entre la Consejería de Salud y el Instituto de Estudios Sociales y Avanzados de Andalucía (I.E.S.A./C.S.I.C.) y en el que han colaborado diferentes profesionales, entre ellos los participantes en el proyecto de investigación financiado a través de la beca SAS 70/00.

Los resultados obtenidos en Andalucía son similares a los encontrados en otros lugares de España, caracterizados por una tasa relativamente elevada de lactancia materna al nacer y que se reduce drásticamente en los primeros meses de vida.

El tipo de estudio planteado -en el que se incluye una parte cuantitativa y otra cualitativa-, ha permitido investigar los factores que inciden en el mantenimiento o abandono de la lactancia materna, y que resultan claves para orientar las actuaciones y estrategias diseñadas desde la Administración Pública para la protección, promoción y apoyo de la misma.

Considero que la investigación desarrollada va más allá de la mera descripción de datos en torno a la lactancia y supone un análisis exhaustivo sobre los patrones de crianza actuales y lo que ocurre en los momentos clave de abandono de la lactancia materna. Esta reflexión nos hace asumir a todos un grado de responsabilidad que afecta a distintos ámbitos (sanitario, social, educativo, etc) y que plantea la necesidad de un abordaje intersectorial que garantice que cada vez un mayor número de bebés andaluces reciban lactancia materna durante más tiempo, de acuerdo con las recomendaciones de la O.M.S.

Desde aquí expreso mi más sincero reconocimiento a los autores del presente trabajo, con la seguridad de que será útil para todas aquellas personas e instituciones interesadas en la promoción de la lactancia materna.

Al mismo tiempo, quiero agradecer su colaboración a todos los que de alguna forma han participado en esta publicación y, por supuesto, a las madres, padres y bebés que, con su rostro, han conseguido "humanizar" las palabras y datos que aquí aparecen.

LA CONSEJERA DE SALUD
M^a Jesús Montero Cuadrado

AUTORÍA

AUTORES:

Josefa Aguayo Maldonado

Médico Adjunto de Pediatría. Hospital Universitario de Valme. SAS. Prof^a Asociada de la Universidad de Sevilla.

Sara Pasadas del Amo

Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA/CSIC).

Ángel Ramírez Troyano

Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA/CSIC).

Consuelo Rello Yubero

D.G. de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

M^a Teresa Martínez Rodríguez

Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA/CSIC).

Pablo Bonal Pitz

Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Sevilla. SAS. Prof. Asociado de la Universidad de Sevilla.

COLABORACIONES:

Margarita Zarco Uribe-Echevarría

Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA/CSIC).

Micaela Soria Zambrano

Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA/CSIC).

Ana Fernández Palacín

Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Valme. Servicio de bioestadística. Prof^a Titular de la Universidad de Sevilla.

Isabel Valle Rodríguez

D.G. de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

AGRADECIMIENTOS:

Al Servicio de Pediatría del Hospital de Denia que desinteresadamente ha cedido la mayoría de las fotos que aparecen en la publicación.

A los autores de las fotos y a los bebés, madres y padres que aparecen en las mismas.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. LA LACTANCIA MATERNA	11
1.1. Introducción	12
1.2. La pérdida de la cultura de la lactancia materna	13
1.3. Iniciativas institucionales y ciudadanas para la protección y promoción de la lactancia materna	17
1.3.1. Iniciativas institucionales a nivel internacional: del “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna” a la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño”	17
1.3.2. Iniciativas institucionales a nivel europeo, nacional y andaluz	22
1.3.3. Iniciativas no gubernamentales: El papel de los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) y los profesionales de la salud	28
CAPÍTULO II. DISEÑO TÉCNICO-METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	33
2.1. Criterios teóricos y metodológicos aplicables en la monitorización de la lactancia materna	34
2.2. El Estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración durante el primer año de vida	37
2.2.1. Objetivos de la investigación	37
2.2.2. Diseño metodológico	39
CAPÍTULO III. LA SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN ANDALUCÍA	49
3.1. Características de la muestra analizada	52
3.2. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía	58
3.3. Factores condicionantes de la prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía	66
3.4. Valoración de la situación de la lactancia materna en Andalucía y evolución en los últimos años	74

ÍNDICE

CAPÍTULO IV. LA MUJER ANDALUZA ANTE LA LACTANCIA MATERNA	81
4.1. Percepciones, actitudes y creencias sobre la lactancia	84
4.1.1. Beneficios percibidos de la lactancia materna	84
4.1.2. Inconvenientes percibidos de la lactancia materna	86
4.1.3. Razones explícitas y/o implícitas del fracaso, de los obstáculos o de la interrupción de la lactancia materna	88
4.2. La vivencia de la maternidad	94
4.3. Conflicto de roles en la crisis de la maternidad	102
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	131
A 1.: Principales indicadores de lactancia materna. Tablas de resultados	132
A 2.: Documentos técnicos	138

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1.1.	Convenios y Recomendaciones de la OIT relativas a la protección de la maternidad	14
Tabla 1.2.	Resumen de algunos artículos del Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna	18
Tabla 1.3.	Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural	19
Tabla 2.1.	Variables clave en la explicación de la lactancia materna	40
Tabla 2.2.	Distribución muestral según provincia y grupo de edad	43
Tabla 2.3.	Fase Cualitativa. Perfiles de las madres entrevistadas	46
Tabla 3.1.	Definiciones empleadas	51
Tabla 3.2.	Características del proceso de embarazo y parto	55
Tabla 3.3.	Abandono de la lactancia materna exclusiva y destete por recomendación médica según la edad en que se produce	65
Tabla 3.4.	Factores que influyen sobre el establecimiento de la lactancia materna	66
Tabla 3.5.	Prevalencia y duración de la LM según características de la madre	67
Tabla 3.6.	Prevalencia y duración de la LM según características del proceso de embarazo y parto	70
Tabla 3.7.	Prevalencia y duración de la LM según características del recién nacido	72
Tabla 3.8.	Prácticas adecuadas para la LM según características del recién nacido	72
Tabla 3.9.	Resultados de algunas encuestas de prevalencia de la LM en España	74
Tabla 4.1.	Claves identificativas de las entrevistas realizadas	83
Figura 2.1.	Relación entre indicadores de lactancia materna y edad del bebé según las recomendaciones de alimentación infantil de la OMS	35
Figura 2.2.	Fases de la investigación y metodología	39
Figura 3.1.	Características de la madre (I). Edad y paridad	52
Figura 3.2.	Características de la madre (II). Nivel educativo y relación con la actividad económica (RAE)	53
Figura 3.3.	Características del recién nacido (I). Sexo, prematuridad y gemelaridad	54

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 3.4.	Características del recién nacido (II). Peso al nacer	54
Figura 3.5.	Prevalencia de la lactancia materna mes a mes. Datos retrospectivos. 2004	58
Figura 3.6.	Tipo de lactancia hasta el sexto mes. Datos transversales. 2004	59
Figura 3.7.	Indicadores de lactancia OMS. Datos transversales. 2004	61
Figura 3.8.	Motivos de introducción de otros alimentos y destete	62
Figura 3.9.	Prevalencia de la LM mes a mes según RAE de la madre. Datos retrospectivos	68
Figura 3.10.	Prevalencia de la LM en Andalucía y España. Datos retrospectivos	76
Figura 3.11.	Evolución de la prevalencia de la LM en Andalucía (1984-2004). Datos retrospectivos	76

LISTA DE ABREVIATURAS

AAP	Asociación Americana de Pediatría
AEP	Asociación Española de Pediatría
AMS (WHA)	Asamblea Mundial de la Salud (World Health Assembly)
CASE	Centro de Atención Socioeducativa
CATI	Entrevistas Telefónicas Asistidas por Ordenador (Computer Assisted Telephone Interviews)
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
ECHI	Indicadores Europeos de Salud (European Community Health Indicators)
EMALNP	Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño
FEDALMA	Federación Española de Asociaciones Pro Lactancia Materna
FIL	Factor Inhibidor Local
GALM	Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna
HFA-DB	Base de Datos Europea Salud para Todos (European Health for All Database)
IBFAN	Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil (International Baby Action Food Network)
IEC	Información, Educación, Comunicación
IESA	Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía
IHAN (BFHI)	Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (Baby Friendly Hospital Initiative)
LLL	La Leche League
LM	Lactancia Materna
LMC	Lactancia Materna Completa
LME	Lactancia Materna Exclusiva
LMP	Lactancia Materna Predominante
MaM	Madre a Madre
MMC (KMC)	Método de la Madre Canguro (Kangaroo Mother Care)
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
ONU	Organización de la Naciones Unidas
PAS	Plan Andaluz de Salud
RAE	Relación con la Actividad Económica
SAS	Servicio Andaluz de Salud
UE	Unión Europea
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
WABA	Alianza Mundial Pro Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action)

LA LACTANCIA MATERNA EN ANDALUCÍA



Foto: Rafael Uriós

1.1 / Introducción

1.2 / La pérdida de la cultura de la lactancia materna

1.3 / Iniciativas institucionales y ciudadanas para la protección y promoción de la lactancia materna

1.1. Introducción

Actualmente existe unanimidad respecto a que la leche materna es el mejor alimento que puede recibir un bebé en las primeras etapas de su vida. En los últimos años, multitud de estudios han demostrado las innumerables ventajas que la lactancia materna presenta para los niños y sus madres, no sólo desde el punto de vista de su salud, sino también desde el punto de vista de su bienestar psicológico y afectivo¹⁻⁸.

Por su elevado aporte de nutrientes, anticuerpos y sustancias biológicamente activas, que favorecen el proceso de crecimiento y el desarrollo inmunológico del lactante, la leche materna, administrada de forma exclusiva, es el alimento ideal para el bebé durante los seis primeros meses y después, conjuntamente con otros alimentos de calidad, hasta los dos años o hasta que la madre y el hijo quieran. Se ha demostrado que la lactancia materna disminuye el riesgo de padecer infecciones y enfermedades crónicas y favorece el desarrollo cognitivo durante la infancia⁹⁻¹¹; prolongándose dichos beneficios en la época de adulto¹². Una revisión sistemática de las pruebas científicas que avalan los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida, se puede encontrar en los documentos de la OMS^{13 14}.

La lactancia materna también es beneficiosa a corto y largo plazo para la salud física y psicológica de la madre. El amamantamiento favorece la contracción del útero, disminuyendo el sangrado tras el parto y facilitando que éste recupere su tamaño y tono anteriores. En esta fase, se consumen las reservas de grasa que el cuerpo de la mujer acumuló durante el embarazo preparándose a tal fin. La disminución del sangrado post-parto, junto con la inhibición de la ovulación que la lactancia trae aparejada, contribuye a la recuperación de la anemia del embarazo. En cuanto a los efectos a largo plazo, se ha demostrado que existe una relación inversa entre la lactancia materna y el riesgo de padecer cáncer de mama y de ovarios¹⁵⁻¹⁷. La lactancia materna se configura, por tanto, como una fase imprescindible en cuanto que «complemento fisiológico del ciclo reproductor de la mujer»¹⁸.

No menos importantes son los beneficios que proporciona el amamantamiento desde un punto de vista psicológico y afectivo^{19 20}. Las mujeres que han lactado con éxito definen esta experiencia como algo placentero y muy satisfactorio, que repercute positivamente en su confianza como madres y en el bienestar de sus hijos, lo que establece un especial vínculo de unión entre ambos. El contacto piel con piel que favorece la lactancia proporciona al recién nacido un sentimiento de calor y seguridad que va más allá de su mera función nutritiva. La bondad de este contacto entre madre e hijo y de la succión al pecho está en la base de los protocolos de “Cuidados Canguro” que se aplican, cada vez más, en el cuidado de recién nacidos de bajo peso en las unidades de neonatología de todo el mundo^{4 19 21 22}.

Asimismo, en un contexto como el actual en el que la lactancia artificial es la forma de alimentación predominante, cada experiencia positiva de lactancia materna contribuye

a la revalorización de la capacidad de la mujer para amamantar y a la recuperación de esta forma de alimentación, creando patrones de conducta y transmitiendo su experiencia de generación en generación.

Finalmente, hay que resaltar que la lactancia materna es una fuente de alimentación ecológica y económica «puesto que no necesita fabricarse, envasarse, ni transportarse, con lo que se ahorra energía y se evita contaminación del medio ambiente. Además, debido a la menor incidencia de enfermedades, los niños amamantados ocasionan menos gasto a sus familias y a la sociedad en medicamentos y utilización de Servicios Sanitarios y originan menos pérdidas por absentismo laboral de sus padres»²³.

Sin embargo, a pesar de estas evidencias, los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ponen de manifiesto un panorama en el que las bajas tasas de lactancia materna y el abandono temprano son una constante, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Así, por ejemplo, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2001, en España poco más del 60% de las madres daba pecho a sus hijos seis semanas después del nacimiento y sólo el 23% continuaba a los seis meses²⁴.



1.2. La pérdida de la cultura de la lactancia materna

En el ser humano, las fronteras entre lo biológico y lo cultural se desdibujan y difuminan hasta el punto de que resulta difícil distinguir entre el componente instintivo de una conducta y el aprendido a través del proceso de socialización. El amamantamiento tiene un componente instintivo, fundamentalmente en lo que se refiere al recién nacido (reflejos de búsqueda y de succión y deglución), pero también necesita de un aprendizaje de la técnica concreta que venía dado por la transmisión de conocimiento de madres a hijas, o a través de la experiencia compartida en el grupo de pares. La lactancia materna es considerada como el fenómeno biocultural por excelencia, ya que, además de ser un proceso biológico está determinado por la cultura²⁵. Si todo en la lactancia fuese instinto, si la lactancia se sustentara exclusivamente en un substrato biológico, en nada habría cambiado en los últimos siglos y no habría rozado el peligro de extinción en el siglo XX. De esta manera, no habría sido necesario el ingente esfuerzo realizado en los últimos 70 años por organizaciones de mujeres, colectivos ciudadanos, instituciones y personal sanitario para estudiarla, valorarla y promocionar su recuperación.

La visibilidad social del amamantamiento en nuestros días es prácticamente nula tanto en los espacios públicos como en los mediáticos, donde el biberón ha reemplazado a la imagen del niño al pecho²⁶. En este contexto, en el que, a pesar de los esfuerzos realizados en defensa de la lactancia natural, la forma de alimentación predominante y más visible es la lactancia

artificial, el mecanismo de transmisión de conocimiento y experiencias acerca del amamantamiento no sólo se ha perdido, sino que ha sido reemplazado por el cuerpo de conocimientos relativos a la lactancia artificial. Así, mitos asociados a la “cultura del biberón”, como la imposición de pautas horarias estrictas al amamantamiento, se hallan a menudo en la base del fracaso de la lactancia materna, incluso cuando la madre ha elegido esta opción. Es en este sentido que se habla de la pérdida de la cultura de la lactancia materna^{27 28}.

La generalización de este cambio en la alimentación del ser humano, que ha sido calificada por la ONU como «el mayor experimento sin comprobaciones previas y sin controles realizado en una especie animal»²⁹, comienza a finales del siglo XIX, cuando avances científicos como la pasteurización permiten desarrollar fórmulas modificadas de leche de vaca digeribles para los lactantes humanos. Hasta ese momento, todas las experiencias de alimentación de infantes con leche procedente de otras especies, por ejemplo en orfanatos o incluso, se habían saldado con tasas de mortalidad superiores al 90% en el primer año de vida³⁰.

Junto a este factor de carácter científico y técnico, en la base de esta transformación en los hábitos de alimentación de la especie humana se conjugan multitud de factores de índole económica, social y cultural, que aún hoy dificultan la recuperación de la lactancia materna, a pesar de los esfuerzos que se están llevando a cabo desde un número cada vez mayor de ámbitos.

Por un lado, la incorporación de la mujer al trabajo asalariado que conlleva la industrialización, hace que en el siglo XIX se generalice el recurso a las nodrizas, una práctica que hasta ese momento estaba asociada a las clases más pudientes. Posteriormente, hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX, la alimentación de los recién nacidos se derivará hacia la lactancia artificial. Al principio, este cambio afectó fundamentalmente a las grandes urbes industriales. Mientras que en el campo las mujeres continuaban alimentando a sus hijos de manera natural y durante el mismo tiempo que generaciones anteriores, en la ciudad se hizo habitual el recurso a otro tipo de alimentos a edades tempranas.

Tabla 1.1.

Convenios y recomendaciones de la OIT relativas a la protección de la maternidad

Fecha	Código	Título
1919	C3	Convenio sobre la protección de la maternidad
1952	C103	Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado)
1952	R95	Recomendación sobre la protección de la maternidad
1965	R123	Recomendación sobre el empleo de mujeres con responsabilidades familiares
1981	C156	Convenio sobre trabajadores con responsabilidades familiares
2000	C183	Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado)
2000	R191	Recomendación sobre la protección de la maternidad

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos sobre legislación de la OIT (ILOLEX)³¹. (Accesible en <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/index.htm>).

Hasta 1919, año de la creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), no se produce una iniciativa a nivel internacional de defensa de la maternidad en el entorno laboral. De esta fecha data el “Convenio sobre la Protección de la Maternidad” (C3), en el que se reconoce la necesidad de promover derechos laborales a la mujer, que permitan compatibilizar sus roles productivo y reproductivo. Concretamente, este convenio promueve la existencia de un período de baja remunerada por maternidad, así como una serie de pausas para las madres lactantes tras su reincorporación al trabajo. Asimismo, se prohíbe el despido durante el tiempo que dure la baja por maternidad. La existencia de estas medidas de protección ha contribuido a mejorar las condiciones en las que las mujeres trabajadoras hacen frente a la maternidad. Sin embargo, tal y como se pone de manifiesto en el capítulo de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía, la reincorporación al trabajo sigue siendo un momento importante de abandono de la lactancia debido a la dificultad para compatibilizarla con el ritmo que impone la actividad laboral, a pesar de las pausas de lactancia previstas en la legislación. Asimismo, hay que tener en cuenta la situación de especial vulnerabilidad que, aún hoy, tienen las mujeres en el mercado de trabajo. A pesar de las medidas legales contra la discriminación laboral por razones de género, la realidad es que las mujeres acceden al empleo en mucha menor medida que los hombres y, cuando lo hacen, ocupan puestos con peores condiciones laborales. Buena parte del empleo femenino se sitúa en la periferia del mercado de trabajo (empleo informal, temporal y a tiempo parcial) donde la protección de la legislación laboral no llega, o lo hace de manera muy parcial³². Todo ello contribuye al retraso del proceso de la maternidad por un lado, y a una elección del tipo de crianza mediatizada por la actividad laboral visible y productiva.

Junto a este factor, la revolución industrial también marcó un cambio en la percepción de la maternidad. Tradicionalmente, el instinto y la experiencia maternos formaban la base de lo que se consideraba como el cuidado adecuado de los recién nacidos. Las técnicas concretas que las mujeres empleaban con sus bebés eran transmitidas y enseñadas de madres a hijas o entre otras mujeres en la misma situación (amigas, vecinas, etc.). El criterio de autoridad de este tipo de conocimientos provenía de las propias mujeres. Sin embargo, a medida que el *cientifismo* fue ganando prominencia en la sociedad industrial, el papel protagonista se fue desplazando hacia el ámbito médico. «Durante décadas, se les ha dicho a las mujeres que necesitaban seguir los consejos de los expertos médicos y científicos. Más que aprender activamente por ellas mismas, las mujeres pasaron a depender de las instrucciones de las autoridades científicas y médicas»³³. Frente al aprendizaje instintivo y experiencial de la maternidad tradicional, el modelo ideal pasa a ser el de la “maternidad científica”. Si bien la medicalización progresiva del ciclo de embarazo, parto y crianza trajo innegables avances en lo que se refiere a la disminución de la mortalidad materna y neonatal, también tuvo como consecuencia la pérdida de protagonismo de la mujer en muchos de los aspectos ligados a la maternidad³⁴, al negarse desde el ámbito de la profesión sanitaria cualquier posibilidad de intervención válida de las propias mujeres en el proceso de parto y crianza³⁵.

Por otra parte, dicha autoridad médica y científica, aceptada y consensuada socialmente, ha sido utilizada a menudo por la industria para vender productos relacionados con la salud de los recién nacidos, entre ellos las fórmulas de alimentación infantil. La publicidad de las marcas comerciales y prácticas de marketing agresivas, como la distribución gratuita o a bajo coste de muestras de producto en el ámbito hospitalario o el patrocinio de eventos profesionales con intereses económicos industriales, han contribuido al desplazamiento de la lactancia materna en pro de la lactancia artificial y a la construcción de una nueva imagen social de la maternidad asociada al biberón. La consecuencia de todo ello ha sido la asunción de prácticas erróneas y la consideración, en su momento, de los sucedáneos de la leche materna como una alternativa de alimentación adecuada e incluso superior a ésta³⁶.

Finalmente, el ideal estético impuesto por la industria de la moda y la cosmética a través de los medios de comunicación de masas, es el de un cuerpo femenino delgado y poco desarrollado, de formas casi adolescentes. Este modelo de belleza se sitúa en el polo opuesto del cuerpo maternal, provocando en muchos casos el rechazo de las madres hacia su cuerpo y una cierta ansiedad por recuperar la figura previa al embarazo en el menor plazo posible.



Foto: Pep Colás Salvador

Todos estos factores, que contribuyeron al abandono generalizado de la lactancia materna, continúan dificultando hoy su recuperación. Y así, a pesar de los esfuerzos que, como señalamos a continuación, se están llevando a cabo desde distintos organismos, la mayoría de las mujeres interrumpen la lactancia antes de lo recomendado y, lo que es más preocupante, antes de lo que ellas mismas desean.



1.3.1. Iniciativas institucionales a nivel internacional.

1.3. Iniciativas institucionales y ciudadanas para la protección y promoción de la lactancia materna

Desde hace varias décadas, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han asumido el liderazgo en la protección y promoción de la lactancia materna en el mundo. En 1974, se llevó a cabo la 27ª Asamblea Mundial de la Salud en la que se notificó el descenso significativo de las prácticas de lactancia natural en la mayor parte del mundo. Este descenso se relacionó con distintos factores socioculturales, así como con la forma de promocionar los sustitutos de la leche materna por parte de la industria. En 1978, la 31ª Asamblea Mundial de la Salud identifica la prevención de la malnutrición infantil como una prioridad de salud pública y la lactancia materna como una importante vía para conseguir dicho objetivo (WHA 31.47). En 1979, la OMS y UNICEF, en una reunión conjunta sobre alimentación infantil, establecen la necesidad de apoyar y promover la lactancia materna y las prácticas adecuadas de destete, y de fortalecer la educación, la formación y la información relacionada con este tema. Asimismo, recomiendan promover unas prácticas apropiadas de publicidad y comercialización de sucedáneos de la leche materna. Como resultado de esta recomendación conjunta, la totalidad de los participantes en la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, con la excepción de EEUU, adoptó en 1981 el “Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna” de la OMS (recogido en la legislación europea en 1991³⁷ y en España mediante Real Decreto en 1992³⁸ y 1998³⁹). Esta asamblea reconoce también que el código debería ser clarificado y revisado posteriormente, para lo cual prevé un mecanismo de modificación y complementación del mismo mediante nuevas resoluciones, tomadas desde entonces con una frecuencia bianual.

El Código Internacional prohíbe cualquier tipo de promoción de la alimentación artificial y establece una serie de requisitos para el etiquetado y la información sobre alimentación infantil. Cualquier actividad que socave la lactancia materna se considera una violación del espíritu del Código. Algunas de las medidas incluidas en el Código se resumen en la tabla 1.2.

Tabla 1.2

Resumen de algunos artículos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Artículo 4.2
Los materiales educativos para gestantes o madres lactantes deberán incluir: efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón, (...) información sobre los riesgos para la salud del uso innecesario de los sucedáneos...
Artículo 5.1
Los sucedáneos no pueden ser objeto de publicidad directa ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general.
Artículo 5.2
Los fabricantes no pueden proporcionar muestras gratuitas, directa o indirectamente, a las gestantes, a las madres o a sus familias.
Artículo 6.3
Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer carteles relacionados con los sucedáneos o distribuir material facilitado por un fabricante o distribuidor.
Artículo 7.3
Los fabricantes no deben ofrecer incentivos financieros o materiales a los agentes de salud o a sus familias y éstos no deben aceptarlos.
Artículo 7.4
Los fabricantes no pueden facilitar a los agentes de salud muestras de sucedáneos de leche materna.
Artículo 7.5
Los fabricantes deben declarar a la institución a la que pertenezca un agente de salud toda contribución hecha a éste o en su favor para financiar becas, viajes de estudio, investigación, (...). El beneficiario debe hacer una declaración análoga.
Artículo 9.2
Las etiquetas de los envases no deben contener imágenes de lactantes ni otras imágenes que idealicen la utilización de estos preparados.
Artículo 11.1
La vigilancia de la aplicación del código corresponde a los gobiernos. Los grupos de profesionales deben colaborar con los gobiernos a este fin.

Sin embargo, a pesar de las casi tres décadas de vigencia del Código, las violaciones al mismo siguen estando al orden del día. Así, en el informe *“Violando las reglas, eludiendo las reglas”* de 2001, la IBFAN concluye: «En los veinte años desde la adopción del Código Internacional no se han visto suficientes cambios en la manera en que las compañías comercializan sus productos. Las etiquetas han mejorado y, en la mayoría de los países, han desaparecido las formas más flagrantes de publicidad. Sin embargo, continúan otras violaciones, más sutiles pero aún así muy perjudiciales, tales como los suministros gratuitos a los establecimientos de salud, la promoción persistente del destete precoz (...) y la publicidad en Internet»⁴⁰.

Además de manifestar su preocupación sobre las prácticas de la industria, las iniciativas internacionales de promoción de la lactancia materna centran su atención en otros factores que suponen frenos importantes a la misma, como el entorno laboral o las prácticas hospitalarias asociadas al proceso de embarazo, parto y crianza. Ya se han mencionado más arriba los sucesivos convenios de protección de la maternidad en el entorno laboral acordados por la OIT desde 1919. Sin embargo, los objetivos perseguidos por estos convenios están lejos de alcanzarse.

Muchos países del mundo no han ratificado las convenciones de maternidad, y de los que lo han hecho, pocos garantizan la cobertura universal. En este sentido, «la maternidad continua siendo una fuente de discriminación en el empleo y en el acceso al mismo. Hay mujeres embarazadas que continúan perdiendo sus trabajos, incluso aquellos que están protegidos por la legislación. La discriminación contra las mujeres como consecuencia de su rol reproductivo continua siendo una de las principales barreras a la igualdad de oportunidades y trato entre hombres y mujeres en el mundo laboral»³².

En 1989, la “Convención sobre los Derechos del Niño” establece, en su artículo 24, la obligación de los estados miembros de garantizar el nivel más alto de salud de los niños, tomando medidas que aseguren que todos los sectores y, en particular, las familias, «conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos»⁴¹.

También de este año data la declaración conjunta OMS/UNICEF sobre la “Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna: el papel esencial de los servicios de maternidad”. En esta declaración se recogen los *Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural* (Tabla 1.3), que resumen las prácticas de maternidad necesarias para garantizar la lactancia materna, y que conformarán los cimientos de la “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños – IHAN”.

Tabla 1.3
Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

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

Todos estos antecedentes quedan refrendados en 1990 en la “Declaración de *Innocenti*”⁴², elaborada y aprobada en una reunión conjunta de la OMS y UNICEF celebrada en agosto de 1990 y ratificada en la Primera Cumbre Mundial de la Infancia. La Declaración de *Innocenti* reconoce la superioridad de la alimentación al pecho sobre la lactancia artificial y supone el impulso definitivo del marco político para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Para ello, se proponen las siguientes medidas:

1. Reforzar la “cultura del amamantamiento”, defendiéndola enérgicamente de las incursiones de la “cultura del biberón”.
2. Aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de amamantar.
3. Se deben tomar medidas que garanticen la nutrición adecuada de las madres.
4. Todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales de lactancia materna y establecer metas nacionales apropiadas para el decenio de 1990. Asimismo, establecerán un sistema nacional de monitorización de las prácticas de lactancia, desarrollando indicadores adecuados a este fin.
5. Se insta a las autoridades nacionales para que integren las políticas de promoción del amamantamiento en las políticas globales de salud y desarrollo; protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna en programas complementarios.

Junto a estas medidas de apoyo y promoción de la lactancia materna, la declaración establece las siguientes metas operativas (en principio se deberían haber alcanzado en 1995):

- Nombrar a un coordinador nacional sobre lactancia materna.
- Garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen la totalidad de los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural⁴³.
- Haber tomado medidas para poner en práctica los principios y objetivos del “Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”.
- Haber aprobado leyes innovadoras que protejan los derechos de amamantamiento de las trabajadoras.

En 1991, OMS y UNICEF lanzan la “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños” (IHAN) con el fin de dar contenido a la meta operativa, establecida en la declaración de *Innocenti*, de que los servicios de maternidad se conviertan en centros de promoción de la lactancia natural.

Desde su puesta en marcha en España en 1995, las acciones realizadas han conseguido 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 siguiendo los criterios de OMS y UNICEF. Actualmente, hay más de 100 hospitales en España ajustando sus prácticas y protocolos a las exigencias de la IHAN, cuyo galardón han recibido hasta el momento 12 hospitales en nuestro país^{44 45}.

Ese mismo año, se publica la guía de la OMS “Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna”, en el que se recogen las definiciones de los indicadores y la metodología adecuadas para monitorizar la situación de la lactancia materna, y evaluar los avances que se logren con la puesta en práctica de las medidas de fomento⁴⁶.

Entre 1992 y la actualidad, se ha seguido trabajando sobre la importancia de la lactancia materna como fuente principal para la alimentación y nutrición infantiles. Así, el plan de acción de la Cumbre Mundial sobre Nutrición de 1992, definió la lactancia materna como uno de los temas principales en nutrición. En 1994, en la Cumbre Internacional sobre Población y Desarrollo se destacan los beneficios que tiene esta forma de alimentación sobre la salud materna y el espaciamiento de los embarazos. Asimismo, en 1995, la Cumbre Mundial de Pekín sobre Mujer y Desarrollo resalta la necesidad de facilitar la lactancia materna para las madres trabajadoras.

Foto: Gertru Gómez Martínez



En la actualidad, el marco normativo más reciente y completo a nivel internacional lo conforma la “Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño”, preparada conjuntamente por OMS y UNICEF⁴⁷. La estrategia mundial está basada en una revisión extensa de los datos científicos y epidemiológicos, y renueva el compromiso para continuar con los instrumentos que se han demostrado eficaces en el pasado en el apoyo a la lactancia materna; en concreto: la “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños”, el “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna” y la “Declaración de *Innocentí*”. En definitiva, se trata de un instrumento global que recoge las intervenciones esenciales para proteger, promover y apoyar la alimentación del lactante y niño pequeño, dirigidas a todos los sectores sociales implicados (gobiernos, familias, medios de comunicación, empresarios, empresas comerciales, etc.).

1.3.2. Iniciativas institucionales a nivel europeo, nacional y andaluz.

En lo que se refiere al **entorno europeo**, a finales de la década pasada se comenzaron a incorporar referencias a la importancia de proteger y promocionar la lactancia materna en distintos documentos relacionados con la salud pública. En 1999, en el marco del tercer objetivo del “Programa Salud 21” de la Oficina Regional para Europa de la OMS, titulado “Iniciar la vida en buena salud”, se reconoce la importancia de la lactancia materna para la salud y el bienestar físico y psíquico de madres e hijos, y se establece la meta operativa de lograr que el 60% de los niños europeos sean amamantados exclusivamente hasta el sexto mes de vida⁴⁸.

En el año 2000, el proyecto EURODIET recoge entre sus principales propuestas, la necesidad de aumentar la prevalencia de la lactancia materna en Europa. Asimismo, se recomienda la revisión de las actividades de promoción existentes, incluyendo la reevaluación de la normativa comunitaria vigente sobre sustitutos de la leche materna y los permisos por maternidad, y el desarrollo de un plan de acción sobre lactancia materna^{49 50}.

Ese mismo año, la llamada “iniciativa francesa” sobre nutrición, subraya la necesidad de emprender acciones para la monitorización y promoción de la lactancia materna. Esta iniciativa condujo a la “Resolución sobre Nutrición y Salud” del Consejo de la UE en diciembre de 2000, donde la lactancia materna es reconocida de manera oficial como una prioridad. También el “Primer Plan de Acción para una Política de Alimentación y Nutrición”, de la Oficina regional para Europa de la OMS para 2000-2005, recoge esta prioridad entre sus objetivos⁵¹.

En mayo de 2001, se celebra en Estocolmo la Conferencia sobre monitorización de la lactancia materna, con el fin de aportar información y propuestas que sirvan de base a la recogida de información sobre este tema en la UE en el marco del Programa de monitorización de la salud (European Community Health Indicators — ECHI). La Conferencia

concluye que un sistema europeo de recogida de información relativa a la lactancia materna debería ajustarse a la definición de indicadores y a la metodología de recogida de datos propuesta por la OMS en su guía de evaluación de 1991.

En Junio de 2004, se presentó el documento “Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa: un plan estratégico para la acción”, resultado de un proyecto financiado por la UE en el que han participado 28 países. En este documento se concluye que la prevalencia y duración de la lactancia materna en Europa está muy por debajo de las recomendaciones de OMS y UNICEF. Asimismo, el informe remarca el hecho de que, aún hoy, no existe una uniformidad en los métodos y definiciones empleados en la recogida de datos sobre LM que permita la comparación entre los distintos países miembros. Por otro lado, se constata la distancia de la mayoría de países europeos respecto de las metas y objetivos propuestos por el marco normativo internacional a través de iniciativas como la “Declaración de *Innocenti*”, la IHAN, el “Código Internacional de Comercialización” o los “Convenios de Protección de la Maternidad” en el entorno laboral de la OIT. Las medidas propuestas se estructuran en torno a los siguientes ejes de acción⁵²:

1. Política y planificación.

La política nacional general debe basarse en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (EMALNP) y estar integrada en las políticas generales de salud. Pueden ser necesarias políticas específicas para grupos en desventaja social y niños en circunstancias difíciles para reducir desigualdades. Se debe alentar a las asociaciones profesionales que promuevan estas recomendaciones y guías prácticas basadas en las políticas nacionales. Se deben desarrollar planes a corto y largo plazo por los ministerios relevantes y las autoridades de salud que deben también designar coordinadores cualificados apropiados y comités intersectoriales.

2. Información, educación, comunicación (IEC).

Una adecuada IEC es crucial para el restablecimiento de una cultura de la lactancia en países donde la alimentación artificial ha sido considerada la norma durante varios años o generaciones. Los mensajes IEC para personas individuales y comunidades deben ser consistentes con las políticas, recomendaciones y leyes, así como con las prácticas dentro del sector social y de salud. Los futuros y nuevos padres tienen el derecho a la información completa, correcta y óptima sobre la alimentación de los niños, incluyendo una guía sobre la alimentación complementaria segura, a tiempo y apropiada. De esta forma pueden tomar decisiones informadas. El consejo directo, cara a cara, debe ser proporcionado por personal sanitario adecuadamente formado, consejeros y grupos de ayuda madre a madre (MaM). Las necesidades particulares de las mujeres con menor intención de amamantar deben ser identificadas y orientadas correctamente.

Es necesario vigilar la distribución de material publicitario sobre alimentación infantil proporcionada por los fabricantes y distribuidores de productos, siguiendo el Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de Leche Materna.

3. Formación.

Es necesario mejorar la formación para todo el personal sanitario en el pregrado y de forma continuada. Se deben ofrecer cursos de formación continuada, basados en la evidencia, a todo el personal sanitario relevante. Los fabricantes y distribuidores de productos bajo la vigilancia del Código Internacional no deben influenciar en los materiales y cursos de formación. El personal de salud relevante debe ser alentado a asistir a cursos de LM, que han demostrado ser la manera más adecuada para mejorar competencias.

4. Protección, promoción y apoyo.

La protección de la lactancia está basada principalmente en: la completa implementación del Código Internacional, incluyendo mecanismos para reforzar y perseguir las violaciones; y sobre legislación de la protección de la maternidad que permite a todas las madres trabajadoras amamantar exclusivamente a sus hijos durante seis meses y continuar más allá. La promoción depende de la implementación de políticas nacionales y recomendaciones a todos los niveles del sistema social y de salud para que se perciba la lactancia como la norma. El apoyo eficaz requiere compromisos para establecer una normativa de prácticas en todas las instituciones de cuidados maternos e infantiles. A nivel individual, quiere decir que todas las mujeres tengan acceso a servicios de ayuda en lactancia, incluyendo asistencia proporcionada por personal de la salud apropiadamente cualificado, consultores de lactancia, consejeras y grupos de ayuda MaM. Se debe proteger el derecho de las mujeres de amamantar cuando y donde ellas necesiten.

5. Control.

Para asegurar una correcta comparación, el control de la iniciación de la lactancia, de su exclusividad y sus índices de duración debe ser gestionado utilizando indicadores, definiciones y métodos estándares. Todavía no se ha llegado a un acuerdo sobre ello en Europa; se necesita urgentemente desarrollar un consenso y generar instrucciones prácticas. También debe considerarse una parte integrante del plan estratégico el control y evaluación de: las prácticas de salud y servicios sociales; la implementación de las políticas, leyes y códigos; la cobertura y eficacia de las actividades de IEC; y la cobertura y eficacia de la formación, utilizando criterios establecidos.

6. Investigación.

Se necesita una mayor investigación sobre el coste/beneficio, coste/eficiencia y viabilidad de las diferentes intervenciones. La calidad de los métodos de investigación debe mejorar substancialmente, en particular aquello que hace referencia al diseño adecuado de un estudio, consistencia en el uso de definiciones estándares de las categorías de la alimentación, y el uso de métodos cualitativos apropiados cuando sean necesarios.

Foto: Carmen Mezquida



Como vemos, el plan estratégico parte de una concepción global del problema y establece medidas para solucionarlo a través de la actuación conjunta de los distintos niveles administrativos y sectores sociales. Para ello, el plan se basa en la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño” e incorpora las distintas iniciativas que han demostrado su eficacia en la promoción de la lactancia materna (“Declaración de *Innocenti*”, Código Internacional, IHAN, “Declaración y Plan de Acción para la Nutrición” de 1992, etc.). En este sentido, se trata de una guía exhaustiva que establece un marco de referencia ideal para la implementación de medidas de intervención para la protección y la promoción de la lactancia materna a nivel europeo.

En lo que respecta a la situación en **España**, el gobierno ratificó el “Código Internacional de Comercialización” en 1992, por medio del Real Decreto 1408/92³⁸. Posteriormente, esta legislación fue actualizada en 1996, a través del Real Decreto 1907/96 sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, y 1998, fecha de aprobación de los decretos vigentes en la actualidad, relativos a la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación (RD 72/98 de 23 de Enero) y de los alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad (RD 490/98 de 27 Marzo).

En 1999, a iniciativa del grupo parlamentario socialista, se aprobó en el Congreso una Proposición No de Ley instando al Ministerio de Sanidad y Consumo a proteger, promover y apoyar la lactancia materna siguiendo los criterios de OMS y UNICEF, utilizando para ello como instrumento el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se pide al Ministerio que se promoció el desarrollo de la IHAN en los hospitales españoles otorgando para ello los recursos necesarios.

En cuanto a la legislación en materia laboral, la “Ley 39/1999 sobre Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las Personas Trabajadoras”, contempla la flexibilización del derecho al permiso de lactancia y la protección del disfrute de los permisos de maternidad⁵³.

Muy recientemente, en junio del 2005, la Comisión de Sanidad del Senado insta al Gobierno a crear un comité formado por expertos en pediatría, ginecología y atención primaria con el fin de proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Esta petición fue aprobada por unanimidad y pide al Ejecutivo que ponga en marcha el citado comité conjuntamente con las comunidades autónomas y en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En **Andalucía**, desde la implantación del Programa de Salud Materno Infantil (1985), además de las actividades regladas en los programas, se han venido desarrollando actuaciones relacionadas con la promoción de la lactancia materna con campañas de gran impacto como “Tómame la leche a pecho”⁵³.

El Decreto 101/95 por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento⁵⁴, establece el derecho de los padres a que se facilite la lactancia materna y a recibir información adecuada al respecto.

Asimismo, el II Plan Andaluz de Salud incluye la promoción de la lactancia materna dentro del objetivo de incrementar la calidad de los servicios neonatales (Objetivo 38). Esta idea vuelve a aparecer de manera implícita en el “III Plan Andaluz de Salud” (2003-2008), que establece como una de sus líneas prioritarias mejorar la salud desde los entornos sociales, fomentando los hábitos de vida saludables, y en el que se concreta una estrategia dirigida al fomento de la alimentación sana y equilibrada.

Por otra parte, en el Proceso Asistencial Integrado de embarazo, parto y puerperio, se incluyen la promoción y el inicio precoz de la lactancia materna como indicadores de calidad asistencial⁵⁵.

El Parlamento Andaluz aprobó en el año 2000 una “Proposición No de Ley relativa a la Protección y Fomento de la Lactancia Materna”, por la que se insta al Consejo de Gobierno a proteger e incentivar la práctica de la lactancia materna, así como a estimular a los hospitales andaluces para que cumplan los requerimientos de la IHAN.

Actualmente, el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008 de la Consejería de Salud, establece entre uno de sus objetivos prioritarios la promoción de la lactancia materna, tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. En este último, se han diseñado estrategias concretas de actuación dirigidas a la población infantil (menores de 3 años) usuaria de Centros de Atención Socioeducativa (CASE), habiéndose elaborado una guía de alimentación dirigida al personal de los CASE y a los padres en la que se incluye un capítulo específico dedicado a la Lactancia Materna.

En la base de todo este desarrollo normativo y estratégico, se halla la concepción de la lactancia materna como un derecho, cuya importancia debe reflejarse en una política de lactancia, desarrollada para todos los niveles de atención en el marco que aporta la normativa internacional.



1.3.3. Iniciativas no gubernamentales: los grupos de apoyo a la lactancia materna y los profesionales de la salud.

En 1956, un grupo de mujeres, unidas por la experiencia común de haber amamantado a sus hijos, crearon en la zona de Chicago el que se considera como el primer grupo de apoyo a la lactancia materna: La Leche League (LLL). El objetivo fundacional de LLL era apoyar a las madres para que dieran el pecho a sus hijos. En un momento en que la mayoría de los médicos recomendaban la lactancia artificial, este grupo de madres optó por la defensa de la lactancia materna, basándose tanto en razones de tipo tradicional como en argumentos médicos extraídos de la literatura científica del momento^{56 57}. La creación de LLL supone un punto de inflexión en la pérdida de influencia de la mujer en el proceso de embarazo, parto y crianza de los hijos en pro de la profesión médica, que hemos señalado anteriormente. «Las fundadoras de LLL, vinieron a reconocer la validez y significación de sus propias experiencias. Haciendo esto, no estaban rechazando el conocimiento médico y científico. (...) Al contrario, defendieron la idea de que las mujeres pueden y deben involucrarse activamente en la evaluación de la información y la toma de decisiones»³³. Desde la creación de LLL, el número de grupos de apoyo a la lactancia en todo el mundo no ha dejado de crecer.

Estos grupos basados en la autoayuda han demostrado su eficacia, fundamentalmente en lo que se refiere al mantenimiento de la lactancia una vez que las madres son dadas de alta. En este momento, la información y el apoyo prestado por otras madres que han pasado previamente por la experiencia de la lactancia sustituye, o en su caso suma esfuerzos, al sistema de apoyo informal que la familia extensa y los lazos vecinales garantizaban en las sociedades tradicionales. En la sociedad actual, en la que la alimentación artificial se ha convertido en la norma, el apoyo entre madres ayuda a cubrir este hueco, ya que es más fácil para ellas compartir sus ansiedades y temores con mujeres que han tenido la misma experiencia. Asimismo, estos grupos contribuyen decisivamente a contrarrestar la información de moda circulante, capacitando a las madres para que tomen decisiones informadas relativas a la alimentación de sus hijos⁵⁸. El éxito de los GALM se ha traducido en la profesionalización de este tipo de apoyo a través de figuras como la Consejera de Lactancia, con un sistema de acreditación (<http://www.iblce.org/>) y asociación profesional (<http://www.ilca.org/>) establecidos.

En el ámbito internacional, los GALM se articulan fundamentalmente en torno a dos organizaciones: la Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil —IBFAN— (<http://www.ibfan.org/>) y la Alianza Mundial pro Lactancia Materna —WABA— (<http://www.waba.org.my/>). IBFAN fue creada en 1979, tras una reunión de consenso sobre alimentación infantil entre UNICEF y la OMS celebrada el mismo año. Esta red, que en la actualidad agrupa a más de 150 grupos en 90 países, tuvo un papel primordial en el desarrollo del “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna” de 1981 y, desde entonces, centra sus esfuerzos en exigir la aplicación del mismo y las subsecuentes resoluciones aprobadas al respecto por la Asamblea Mundial de la Salud⁵⁹.

En 1991, se crea la Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA), una red global de organizaciones e individuos que desarrolla actividades en torno a la lactancia materna

como la creación de redes de intercambio de información, el fortalecimiento y coordinación de las actividades existentes así como el impulso de nuevos esfuerzos colaborativos y el establecimiento de lazos entre todos los defensores de la lactancia materna (grupos de base, individuos, OMS, UNICEF, gobiernos y ONGs internacionales). Todas estas actividades confluyen la primera semana de Agosto de cada año en la “Semana Mundial de la Lactancia Materna”, una campaña global organizada por la WABA con el fin de aumentar la notoriedad y el apoyo social al amamantamiento.

En España, los primeros grupos de apoyo se establecieron en la década de los 80. *Mares de Leche*, registrada en 1986 en Cataluña, la *Liga de la Leche de Euskadi* y *Vía Láctea* de Zaragoza, registradas en 1987, son los primeros grupos en actuar en el territorio español. En la actualidad, hay más de cien grupos funcionando en España. Una lista exhaustiva y actualizada de estos grupos puede consultarse en la página web del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm). En 2003 se creó la Federación Española de Asociaciones pro Lactancia Materna (FEDALMA) con el objetivo de prestar apoyo a los distintos grupos y coordinar sus esfuerzos en defensa de la lactancia materna. Sin embargo, a pesar del auge experimentado en la última década y del apoyo que suponen para la labor del personal sanitario, aún existe cierto desconocimiento sobre estos grupos por parte de los profesionales de la salud^{60 61}.



Foto: Madres C.S. Dénia. Su matrona C.Piera

En relación a los esfuerzos realizados en la propia profesión sanitaria, no podemos olvidar la implicación de sus diferentes estamentos en la recuperación de los índices de prevalencia de la lactancia materna, entre ellos el colectivo de enfermería, matronas, obstetras, pediatras y médicos de familia, así como las diferentes profesiones implicadas en los centros de atención primaria de salud. Si bien es cierto que algunas prácticas de atención prenatal y perinatal en el proceso reproductivo han estado asociadas a la disminución de la lactancia materna, no es menos cierto que, a menudo, han sido los propios profesionales sanitarios los que han llamado la atención sobre la situación y se han implicado en la búsqueda de soluciones. Las asociaciones profesionales han sido, en muchos casos, claves en el apoyo a la lactancia materna a través de declaraciones de apoyo y de la elaboración de materiales didácticos dirigidos a madres y profesionales sanitarios (foros de consulta sobre temas de lactancia materna, guías de práctica clínica, etc.). Asimismo, buena parte de los estudios de prevalencia de la LM proceden del esfuerzo realizado por profesionales del ámbito sanitario implicados en el tema. Así por ejemplo, la Asociación Americana de Pediatría (AAP), a través de sendas declaraciones en 1997 y 2005, ha contribuido a poner de relieve la importancia de la lactancia materna para la alimentación infantil y proponer pautas de actuación para los profesionales sanitarios^{62 63}.



Foto: Elena Guitian Garre

En nuestro país, la Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría decidió en 1995 la creación de un Comité de Lactancia Materna con el fin de impulsar la alimentación al pecho en España. Desde entonces, el Comité ha llevado a cabo diversas iniciativas de promoción del amamantamiento en España, entre las que destacan la realización de una encuesta de prevalencia de la lactancia de ámbito nacional, la creación y mantenimiento de dos foros de consulta sobre lactancia materna (dirigidos a padres y profesionales) o la organización de los *Congresos Españoles sobre Lactancia Materna* en colaboración conjunta con la IHAN de España (hasta el momento se han celebrado tres en Valencia en 2000, Sevilla en 2002 y Santander en 2004). Asimismo, el Comité ha publicado en 2004 una completa guía de lactancia materna para profesionales con la participación de los principales expertos en el tema⁶⁴ y está en fase de elaboración de una propuesta de pautas de actuación para la promoción y apoyo de la lactancia materna en la práctica pediátrica⁶⁵. Junto a estos documentos, dirigidos a los profesionales de la salud, el Comité elabora una guía de recomendaciones para la lactancia materna dirigida a los padres que es actualizada de forma periódica²³.

DISEÑO TÉCNICO-METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN



Foto: Clara Pérez Moll

2.1 / Criterios teóricos y metodológicos aplicables en la monitorización de la lactancia materna

2.2 / El Estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración durante el primer año de vida

Diseño técnico-metodológico de la investigación

Uno de los principales obstáculos que se plantean a la hora de abordar el problema del abandono de la lactancia materna, es la escasez de información recogida de manera periódica y con criterios metodológicos rigurosos que permita establecer la magnitud real del problema, así como comparar la situación en las distintas regiones del mundo sobre la base de análisis estadísticos fiables. A pesar de los esfuerzos realizados desde distintos organismos internacionales, la existencia de datos periódicos y fiables sobre este tema continúa siendo una tarea pendiente en muchos países, especialmente los más desarrollados, como pone de manifiesto la “Base de Datos Europea Salud para Todos” (HFA-DB) de la Oficina Regional para Europa de la OMS⁶⁶. En ésta, con la excepción de Holanda y Suecia, la información relativa a la lactancia materna en los países de la Unión Europea anterior a la ampliación (UE15) es mínima o inexistente. En el caso concreto de España, no existe por el momento un sistema oficial, adecuado, de seguimiento y monitorización de la lactancia a nivel nacional. Los datos disponibles hasta la fecha proceden de encuestas puntuales realizadas, en la mayor parte de los casos, por profesionales sanitarios a nivel local y, por tanto, son difícilmente extrapolables al conjunto de la población española⁶⁷. En lo que se refiere a la Encuesta Nacional de Salud, ni los indicadores ni la metodología empleados se ajustan a las recomendaciones de la OMS, por lo que sus resultados presentan dificultades a la hora de comparar la situación de España con la de otros países de su entorno. En Andalucía, los datos más estandarizados y universales los proporcionaba, hasta la fecha, la encuesta de prevalencia de la lactancia materna realizada en 1984 en los puntos de vacunación⁶⁸.

En este contexto, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se planteó la necesidad de contar con información actualizada y detallada respecto a la situación actual de la Comunidad Autónoma andaluza referida a los principales indicadores de lactancia materna, a partir de la cual fuera posible orientar la toma de decisiones y cuantificar los avances que se hayan producido desde 1984. A este fin, se planteó la colaboración entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA/CSIC) y los participantes del proyecto de investigación financiado a través de la beca SAS 70/00. El principal resultado de esta colaboración es el conjunto de datos e informaciones que se presentan en estas páginas.

2.1 Criterios teóricos y metodológicos aplicables en la monitorización de la lactancia materna.

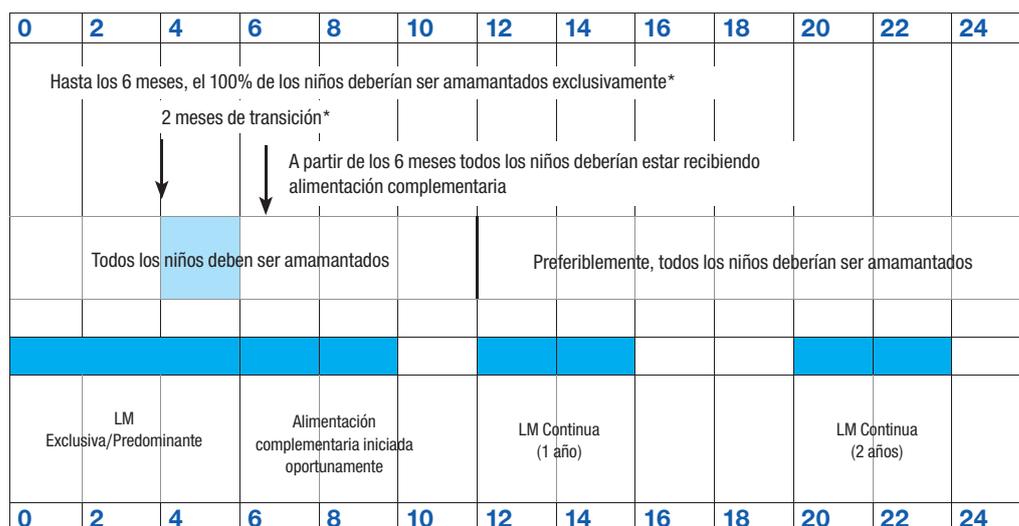
Desde hace varias décadas, la Organización Mundial de la Salud viene liderando las iniciativas internacionales para la protección y promoción de la lactancia materna en todo el mundo. Entre estas iniciativas, que hemos resumido en el capítulo anterior, desta-

can los esfuerzos dirigidos a homogeneizar y armonizar los indicadores y la metodología empleados en la recogida de datos sobre lactancia materna. En 1991, la OMS convocó una reunión del Grupo de trabajo de Alimentación Infantil con el objetivo principal de consensuar internacionalmente una metodología de recogida de datos y un conjunto de indicadores válidos que permitieran evaluar las prácticas de lactancia materna, así como cuantificar los avances alcanzados a partir de los programas de promoción que se pusieran en marcha.

El resultado de este trabajo se plasmó en el documento de recomendaciones titulado "Indicators for Assessing Breastfeeding Practices"⁴⁶, que se ha convertido en el referente internacional a la hora de analizar las prácticas de alimentación infantil. En 2001, este documento fue revisado con el objetivo de que reflejara la recomendación de la OMS de ampliar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad⁶⁹.

Los indicadores definidos por la OMS se basan en la información relativa a la alimentación del bebé en el día anterior a la fecha de realización de la encuesta y están referidos a unos grupos de edad determinados según las recomendaciones sobre alimentación infantil de la Organización, según la cual se debería mantener la Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses de edad^{13 14}. A partir de este momento, todos los bebés deben recibir alimentos complementarios adecuados junto con leche materna. Asimismo, se recomienda mantener la lactancia materna al menos hasta el año y preferiblemente hasta los dos años o hasta que madre e hijo así lo quieran. La figura 2.1 muestra esta relación entre indicadores y grupos de edad.

Fig. 2.1. Relación entre indicadores de lactancia materna y edad del bebé (OMS)



* Antes de 2001, la duración recomendada de la LM Exclusiva era hasta los 4 meses de edad con un período de transición entre los 4 y 6 meses para la introducción de la alimentación complementaria.

Fuente: OMS⁴⁶, actualizada según las recomendaciones expuestas en OMS¹³.

En función de estas recomendaciones, los indicadores definidos por la OMS para monitorizar la situación de la lactancia materna a nivel internacional son los siguientes:

- ➊ **Lactancia Materna Exclusiva (LME):** se define como el porcentaje de recién nacidos que en el día anterior a la encuesta han recibido exclusivamente leche materna y ningún otro tipo de alimento líquido o sólido, con la excepción de gotas o jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicamentos. Dado que la duración de la LME recomendada por la OMS se ha ampliado a los 6 meses de edad en 2001, en la actualidad el cálculo de este indicador se realiza sobre la base de los niños de 0 a 6 meses de edad (menores de 180 días).
- ➋ **Lactancia Materna Predominante (LMP):** la fuente predominante de nutrición en el día anterior ha sido la leche materna. Sin embargo, el bebé puede haber tomado agua, líquidos basados en agua (suero glucosado, té, infusiones, etc.), zumos de frutas, vitaminas y medicinas en forma de gotas o jarabes. La referencia etaria de este indicador es la misma que en el indicador anterior; actualmente menores de 180 días.
- ➌ **Lactancia Materna Completa (LMC):** corresponde a la suma de los niños alimentados con lactancia materna, ya sea de forma exclusiva o predominante, en el día anterior al momento de realización de la encuesta.
- ➍ **Lactancia Materna Parcial o Alimentación Complementaria:** bajo este término se incluyen aquellos casos en los que el bebé recibe, además de leche materna, otro tipo de alimentos líquidos, sólidos o semi-sólidos, incluyendo cualquier otro tipo de leche que no sea la materna. El porcentaje de niños de entre 6 y 10 meses que presenta este tipo de alimentación constituye el indicador de Alimentación Complementaria Iniciada Oportunamente. A este tipo de lactancia se suelen referir algunos estudios con el término de lactancia mixta.
- ➎ **Lactancia Materna Continua:** es el porcentaje de niños que continúan recibiendo leche materna a una edad determinada. La OMS establece los indicadores de LM Continua a un año, referida a los niños con edades comprendidas entre los 12 y 16 meses de edad, y la LM Continua a dos años, medida en niños de 20 a 24 meses.
- ➏ Se habla de **Lactancia Materna** cuando el recién nacido ha recibido leche materna en el período de referencia, ya sea directamente o mediante biberón.
- ➐ Asimismo, dado el gran impacto que la utilización del biberón produce sobre la lactancia materna como consecuencia del síndrome de confusión tetina-pezones, el documento incluye un indicador de **Alimentación con biberón**, definido como el porcentaje de niños menores de un año que han recibido cualquier tipo de alimentos mediante biberón, incluida la leche materna.

En cuanto a la metodología a emplear en la recogida de datos de lactancia materna, la OMS recomienda la encuesta a hogares con niños menores de dos años. Asimismo, con el objeto de evitar los sesgos de memoria que podrían producirse en la recogida de datos retrospectivos, se recomienda referir las preguntas al día anterior al que se efectúa la encuesta (el período de recuerdo de 24 horas es el que se emplea habitualmente en las encuestas de consumo de alimentos, el cual ha demostrado su eficacia para la obtención de este tipo de información). Se prefieren, por tanto, los datos de carácter transversal sobre los de carácter retrospectivo.

Desde entonces, la OMS ha publicado distintas guías que recogen los instrumentos propuestos para la monitorización de la situación y la evaluación de las políticas de promoción puestas en marcha⁶⁹⁻⁷¹.



2.2. El Estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración durante el primer año de vida

2.2.1. Objetivos de la investigación

La promoción de la lactancia materna, en tanto que hábito de vida saludable con grandes beneficios desde el punto de vista de la salud pública, supone un objetivo de primer orden para la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Los datos aportados por el estudio de prevalencia realizado en 1984, mediante encuesta a una muestra de 1.423 madres que llevaban a sus hijos a los centros de vacunación, mostraban para Andalucía una situación muy similar a la de su entorno⁶⁸. Esta situación se caracteriza por tener unas cifras aceptablemente elevadas de prevalencia de la lactancia materna al nacer junto con un abandono muy temprano de la misma, lo que se traduce en una duración media de la lactancia materna muy inferior a la recomendada por la OMS.

Los estudios de prevalencia realizados hasta la fecha muestran que tras esta situación se encuentra una compleja maraña de factores diversos que resultan claves en la explicación del abandono de la lactancia materna a edades tempranas. Así, entre los

factores asociados a una mayor duración de la lactancia materna se estiman: la decisión materna de amamantar durante más de seis meses, haber tomado la decisión antes del embarazo, haber sido amamantada y haber tenido experiencias previas satisfactorias en relación a la lactancia materna, entre otros⁷². El fracaso precoz de la lactancia se ha asociado con factores como: la madre cree que no debe dar el pecho cuando el niño llora, el considerar que el reflejo de succión del bebé es signo de “quedarse con hambre”, el no alimentar a demanda, el evitar amamantar en público, opiniones familiares desfavorables, la no insistencia del pediatra, el fracaso con un hermano anterior o el bajo peso al nacer o prematuridad del recién nacido. Respecto a las opiniones maternas sobre la lactancia materna, en general, las madres consideran que ésta es la mejor forma de alimentación y conocen los beneficios que de ella se derivan tanto para la madre como para el hijo. Sin embargo, en muchos casos la lactancia materna no llega a establecerse con éxito o bien se abandona prematuramente. En todo el mundo, una de las razones que más habitualmente dan las madres para suspender la lactancia o introducir alimentos complementarios de manera precoz, es que no tienen leche suficiente o que la calidad de su leche es mala, factores que, en la mayoría de los casos, están más relacionados con mitos o creencias erróneas que con la propia fisiología de la lactancia⁷³.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se planteó la necesidad de contar con información actualizada y detallada acerca de la situación actual de la lactancia materna en la Comunidad Autónoma andaluza. Para ello, se diseñó una investigación sobre lactancia materna en la que se definieron los siguientes objetivos:

1. Conocer la prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida de los niños nacidos en Andalucía.
2. Identificar los factores que predisponen o que motivan a las mujeres a amamantar y aquellos que facilitan y refuerzan el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.
3. Determinar las dificultades más frecuentes que tienen las mujeres para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna y conocer cuáles son los factores que obstaculizan el proceso de amamantamiento.
4. Analizar los motivos argumentados por las madres para el abandono de la lactancia materna y/o la introducción temprana de alimentación complementaria, profundizando en los factores que subyacen a las razones aportadas por las madres.
5. Caracterizar el perfil de las mujeres que inician la lactancia materna, de las que abandonan y de las que continúan amamantando a su hijo/a en los diferentes momentos estudiados.

2.2.2. Diseño metodológico

Para responder a los objetivos fijados se ha optado por una estrategia de “triangulación metodológica” que se traduce en el uso combinado de técnicas cuantitativas y cualitativas de recogida y análisis de datos⁷⁴. En la base de esta elección metodológica se halla la idea de que recopilar información desde distintas perspectivas enriquece el proceso de investigación, dotando a los resultados obtenidos de una mayor relevancia y fiabilidad. Desde esta perspectiva, cuyos planteamientos compartimos, no habría una oposición entre métodos cuantitativos y cualitativos sino, más bien, un repertorio complementario de técnicas, asociadas a una u otra metodología, entre los que elegir en función del marco teórico adoptado y los objetivos definidos a la hora de diseñar la estrategia de investigación.

El uso combinado de ambos métodos resulta especialmente pertinente en el estudio de la lactancia materna, ya que, como se ha señalado, buena parte de los factores que explican su abandono se encuentran enmascarados tras las razones manifiestas aportadas por las madres. Asimismo, el uso de encuestas y de técnicas cualitativas en la investigación en materia de salud pública se justifica cada vez más en un modelo de atención en el que la interacción entre el profesional sanitario y los pacientes tiende a constituirse en un elemento central del sistema, en la línea de las propuestas de los enfoques de atención centrada en el paciente⁷⁵⁻⁷⁸, en la maternidad en el caso que nos ocupa.

En el diseño de la investigación se ha optado por un protocolo de carácter mixto que combina el uso de técnicas cualitativas y cuantitativas en dos fases secuenciales. En un primer momento, se procedió a la realización de una encuesta, cuya finalidad principal era medir la prevalencia de la lactancia materna en Andalucía, así como determinar los principales condicionantes de la misma. Posteriormente, se llevó a cabo un programa de entrevistas en profundidad a madres recientes, con el fin de indagar en los motivos profundos que afectan a la decisión de no dar el pecho o destetar de forma temprana.

Figura 2.2.
Fases de la investigación y metodología

FASE I:
Revisión Bibliográfica

FASE II:
Fase Cuantitativa

FASE III:
Fase Cualitativa

Universo: Madres de niños andaluces nacidos entre Junio 2003 y Junio 2004.

Muestra: 1.087 encuestas.

Técnica: Entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI).

Universo: Madres de niños andaluces nacidos entre Junio 2003 y Junio 2004.

Muestra: 15 entrevistas.

Técnica: Entrevistas en profundidad.

Las investigaciones efectuadas con una aproximación cuantitativa, mediante datos obtenidos a través de encuesta a una muestra de unidades de análisis (individuos) estadísticamente representativa, permiten caracterizar a una población (o universo) en función de variables, entendidas como conceptos operacionalizados. Los supuestos del análisis se basan en la representatividad estadística y en la posibilidad de generalizar los resultados encontrados en la muestra a una población dada. De esta manera, las estimaciones realizadas permiten afirmar, con un cierto grado de probabilidad, que una determinada relación entre variables ocurre en la población estudiada. Si en el caso de la investigación con técnicas cualitativas se trata fundamentalmente de explicar, con el uso de técnicas cuantitativas lo que se pretende es medir. Este tipo de técnicas han sido empleadas en la primera fase de la investigación con el objetivo de determinar la prevalencia actual de la lactancia materna en Andalucía así como los principales factores que inciden sobre la misma. Para ello, el cuestionario empleado incluía una serie de variables que en otros estudios de prevalencia se han mostrado determinantes en la explicación de los distintos comportamientos relacionados con la lactancia. Estas variables se describen en la siguiente tabla:

Tabla 2.1.
Variables clave en la explicación de la lactancia materna

Vs. Dependientes	Tipo de lactancia
	Duración de la lactancia
Vs. Independientes	RELACIONADAS CON LA MADRE
	Edad, paridad, nivel educativo, actividad económica, tamaño de hábitat de residencia, etc.
	RELACIONADAS CON EL BEBÉ
	Sexo, peso al nacer, edad gestacional, parto gemelar, ingreso hospitalario, etc.
	RELACIONADAS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO
Información sobre LM durante el embarazo o tras el parto, tipo de parto, anestesia, puesta al pecho en la primera hora, alojamiento conjunto, etc.	

Las técnicas cualitativas se han aplicado en la segunda fase de la investigación con el fin principal de profundizar en las razones que llevan a las madres a optar por uno u otro tipo de lactancia y determinar los principales obstáculos a los que se enfrenta, a lo largo del proceso de lactancia, una madre que decide amamantar. El uso de técnicas cualitativas proporciona información detallada y no mediada acerca de la realidad estudiada tal y como es vivida por las personas⁷⁹⁻⁸⁶. Esta información nos ha permitido profundizar en los siguientes aspectos de la investigación:

Actitudes, valores y creencias en relación a:

- > La producción de leche.
- > La calidad de la leche materna.
- > Normas del grupo de iguales y de otras personas relevantes: madres, abuelas, vecinas.
- > Lactancia artificial.
- > Auto-competencia percibida para realizar la lactancia materna.
- > Auto-estima.
- > Etc.

Información y conocimientos sobre la lactancia materna:

- > Ventajas de amamantar.
- > Problemas más frecuentes en el inicio de la lactancia.
- > Proceso de amamantar.
- > Cómo dar el pecho a su hijo.
- > Curva de peso adecuada del niño amamantado.
- > Recursos disponibles (educación maternal, grupo de apoyo).
- > Experiencia con hijo anterior.
- > Lactancia materna versus lactancia artificial.

Experiencias con la lactancia materna.

- > Respuesta del medio (pareja, familia, grupo de iguales, personal socio-sanitario) ante el proceso de amamantar.
- > Auto-refuerzo después de la realización de conductas de amamantamiento.
- > Beneficios psicoafectivos y físicos obtenidos al realizar la conducta de amamantar.
- > Frenos y obstáculos experimentados frente a la lactancia materna.
- > Etc.

Foto: Katy Ribera Benet



Diseño de la fase cuantitativa: Encuesta de prevalencia.**Universo de la investigación**

La población o universo objeto de la investigación la conforman los hogares con niños nacidos en Andalucía entre Junio de 2003 y Junio de 2004. La persona entrevistada era en todos los casos la madre de los niños nacidos entre estas fechas.

Procedimiento de recogida de datos

La técnica de recogida de datos utilizada en la encuesta a madres ha sido la entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI – *Computer Assisted Telephone Interviews*)⁸⁷⁻⁸⁹. Las razones de la elección de esta metodología son las siguientes:

- > El tipo de población objeto de estudio, madres recientes, aconsejaba emplear una técnica que no fuera demasiado disruptiva para la actividad diaria de las madres, centrada en el cuidado de sus hijos.
- > Tanto el tema objeto de la investigación como los objetivos definidos para este universo, permiten el diseño de un cuestionario breve y con un grado de estructuración elevado. Asimismo, el estudio no requería mostrar documentación o material adicional durante el desarrollo de la entrevista.
- > La necesidad de optimización de los costes económicos y temporales empleados en la realización de la encuesta han sido, asimismo, factores determinantes en la elección de esta técnica.

Las encuestas fueron realizadas por entrevistadoras cualificadas e instruidas específicamente para el estudio. Dado que las encuestas se dirigían a madres y que el tema de la investigación es eminentemente femenino, se creyó conveniente que las entrevistas fueran realizadas por mujeres. De esta manera, se pretendía evitar que se produjeran rechazos debidos al pudor o incomodidad de la persona encuestada.

Uno de los principales efectos de la encuestación mediante entrevista telefónica es que tiende a sobrerrepresentar a la población con mayor nivel educativo como consecuencia, fundamentalmente, de la sustitución de la telefonía fija por la móvil en los hogares con niveles socioeconómicos más bajos. Cuando se conoce la distribución exacta de la población por nivel de estudios es posible cuantificar y corregir este efecto a través de la ponderación de los resultados. En nuestro caso no existe tal información (nivel de estudios de las mujeres andaluzas que tuvieron hijos entre junio de 2003 y junio de 2004) que nos permita ponderar la muestra de forma que se ajuste perfectamente al nivel de estudios de nuestra población. Por este motivo, se ha optado por no ponderar la muestra con el fin de evitar la introducción de otros sesgos no controlados.

Cálculo del tamaño muestral y distribución muestral

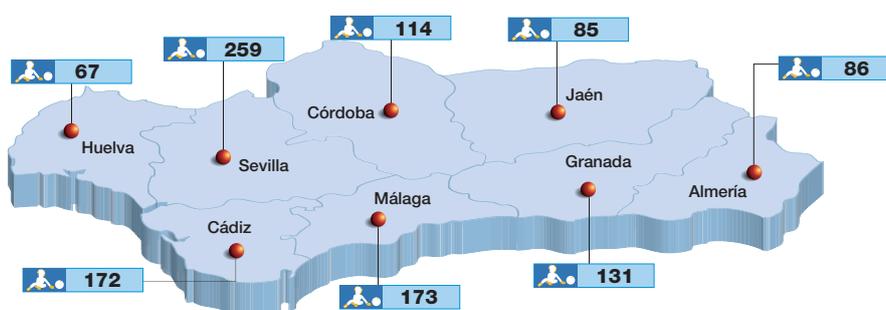
Se determinó un tamaño muestral mínimo de 1.808 casos para estimar la prevalencia en tres grupos de edad (0-3 meses, 4-6 meses y 7-12 meses) con error máximo del $\pm 5\%$, nivel de confianza del 95% y una prevalencia de la lactancia materna (estimada a partir de los resultados obtenidos del estudio de prevalencia realizado en 1984⁶⁸) del 49% para el primer grupos, 30% para el segundo y 15% para el tercero. Empleando el programa nQuery Advisor 4.0 para el cálculo del tamaño muestral en estudios de prevalencia, se establecieron los siguientes tamaños muestrales para cada grupo: 385 sujetos entre 0 y 3 meses, 323 entre 4 y 6 y 196 entre 7 y 12 meses. Dado que se preveía una tasa de no respuesta del 50%, este valor fue multiplicado por dos en la muestra final.

La distribución provincial de las encuestas se hizo de manera proporcional al número de nacimientos registrados en cada provincia en 2002, según datos del Instituto de Estadística de Andalucía⁹⁰.

En total, resultaron 1.087 entrevistas válidas, lo que supone un error máximo aproximado del $\pm 4,00\%$ para los datos globales con un nivel de confianza del 95%. Estas entrevistas se distribuyen de la siguiente forma en función de la provincia y el grupo de edad al que pertenecía el recién nacido en el momento de realización de la encuesta:

Tabla 2.2.
Distribución muestral según provincia y grupo de edad

Edad	Provincia								Total
	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	
0-3 meses	28	65	28	41	25	20	45	63	315
4-6 meses	31	49	43	39	23	30	69	116	400
7-12 meses	27	58	43	51	19	35	59	80	372
Total	86	172	114	131	67	85	173	259	1.087



Análisis estadístico

Se ha efectuado un estudio descriptivo de la distribución de las principales variables incluidas en el cuestionario de prevalencia. Los resultados se presentan como porcentajes verticales sobre las principales variables de cruce. A esta información, se añade la media y la desviación típica en el caso de las variables cuantitativas. Para contrastar si los resultados obtenidos en los distintos grupos analizados son significativos o no en relación a la población total, se ha empleado la prueba del Chi-Cuadrado. Asimismo, con el fin de reflejar si las diferencias entre grupos son estadísticamente significativas, las tablas de datos muestran el resultado de un contraste t de Student con un margen de confianza del 95% y 99%.

El software empleado en la realización de las encuestas ha sido el *Gandia CATI Versión 2.0*. Para el análisis de los resultados se ha utilizado el paquete estadístico *Gandia Barbwin Versión 6.0*⁹¹.

Comparabilidad de los resultados

Tanto la metodología como el cuestionario empleados en la fase cuantitativa se ajustan en lo fundamental a las recomendaciones de la OMS relativas a la monitorización de las prevalencias de la lactancia materna. No obstante, hay algunas divergencias metodológicas, derivadas de decisiones tomadas en el diseño de la investigación, que creemos conveniente aclarar aquí.

Como se ha señalado, la OMS recomienda prolongar la lactancia materna hasta los dos años o más, previendo para este caso el indicador correspondiente de Lactancia Materna Continua a dos años. Con el objeto de monitorizar esta situación, la OMS recomienda tomar como universo en las encuestas de prevalencia de la lactancia materna los hogares con hijos nacidos en los últimos dos años y aplicar un cuestionario por cada niño que viva en el hogar entre estas edades. En el contexto actual, los datos disponibles muestran que la prolongación de la lactancia más allá del año se produce en casos muy raros en nuestro entorno. Por este motivo, se consideró que la información adicional que produciría una ampliación de la muestra a niños de hasta dos años no justificaba el aumento de recursos necesarios para obtenerla. En este sentido, se decidió ajustar el universo previsto por la OMS a los niños nacidos en Andalucía en un período de un año (Junio 2003 a Junio 2004). Como consecuencia de ello, el único caso en el que podemos encontrar a varios niños nacidos en el período de referencia de la encuesta es el de los partos gemelares. Teniendo en cuenta que este tipo de parto es cuantitativamente poco significativo y que resulta bastante improbable que los niños presenten tipos de alimentación distinta, en estos casos se optó por aplicar una única entrevista por hogar refiriéndola al niño nacido en primer lugar.

En cuanto al cuestionario, está diseñado de forma que, junto con la información de carácter transversal relativa a la alimentación en el “día de ayer”, recoja también información retrospectiva sobre aquellos niños que en el momento de realización de la encuesta no eran amamantados de forma exclusiva: la edad y los motivos de la introducción de la alimentación complementaria y del destete, en los casos en los que este hecho se hubiera producido. De este modo, además de permitirnos calcular los indicadores de lactancia materna —tal como los define la OMS—, se pueden calcular otros valores tales como los índices de LM al momento del nacimiento o la edad media de introducción de alimentos complementarios y destete.

Asimismo, el cuestionario recoge información de gran utilidad para analizar los factores que facilitan o frenan la lactancia materna: tipo de embarazo y parto, prácticas médicas asociadas al embarazo y parto, características sociodemográficas, laborales y económicas de la madre, etc.

El trabajo de campo de la encuesta de prevalencia se llevó a cabo en Julio de 2004. El cuestionario y ficha técnica de la encuesta, junto con el guión de entrevistas empleado en la fase cualitativa de la investigación, pueden consultarse en el anexo técnico metodológico al final del libro.



Foto: Clara Pérez Moll

Diseño de la fase cualitativa: Entrevistas en profundidad.

La selección de las entrevistas llevadas a cabo en la segunda fase de la investigación se realizó entre aquellas madres que en la encuesta mostraron una disposición favorable a ser entrevistadas acerca de este tema. Para ello, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la encuesta, así como el objetivo principal que orientaba la fase cualitativa —profundizar en las razones de la baja prevalencia y el abandono temprano de la lactancia materna en nuestro entorno— se diseñó un protocolo de entrevistas en el que se definieron los siguientes perfiles de entrevistadas:

Tabla 2.3.
Fase cualitativa.
Perfiles de las madres entrevistadas

Perfil	Nº de entrevistas
Madres que recurrieron a la Lactancia Artificial desde el inicio	4
Madres que abandonaron la LM antes del 2º mes	3
Madres que abandonaron la lactancia entre el 2º y 7º mes	3
Madres que abandonaron la lactancia a partir del 7º mes	5

Si bien los criterios más importantes en la determinación de los perfiles han sido el tipo de alimentación recibida por el niño y la duración de la misma, se han controlado otros factores, como el nivel de estudios, la ocupación o la edad de la madre, que según los resultados de la fase cuantitativa de la investigación podían incidir significativamente en la elección de una u otra forma de alimentación. Asimismo, se ha procurado que las entrevistas estuvieran bien distribuidas por el territorio, de forma que quedaran representadas Andalucía Occidental y Oriental, y los distintos tamaños de hábitat de residencia.

En un principio, el diseño de la investigación preveía la realización de 20 entrevistas en profundidad distribuidas entre los distintos perfiles definidos. Sin embargo, el trabajo de campo se cerró tras haber realizado 15 entrevistas al constatar que la información recogida comenzaba a ser redundante sin aportar contenidos diferentes a los recogidos hasta el momento, lo que en el ámbito de la investigación cualitativa se denomina “saturación de la información”. Esta fase se llevó a cabo siguiendo una secuencia temporal en la que se intercalaron entrevistas con mujeres de los distintos perfiles definidos. Esta flexibilidad en el protocolo de selección de las entrevistas, alternando entre perfiles, permitió reorientar de una forma dinámica el resto de los contactos, matizando la información recogida. De esta forma, fue posible obtener todo el espectro de razones de la baja prevalencia de la lactancia materna y del abandono temprano de la misma con un número menor de entrevistas al inicialmente previsto.

Todas las entrevistas fueron realizadas por una misma entrevistadora en el lugar elegido por la entrevistada, en la mayoría de los casos su propio domicilio y grabadas en cintas de audio con el consentimiento expreso de las mujeres entrevistadas. Posteriormente, se procedió a su transcripción literal con el fin de facilitar el análisis y la recopilación de *verbatim*. La duración de las entrevistas fluctúa entre los 35 y los 90 minutos según la disponibilidad y el nivel de elaboración del discurso que presentaban las entrevistadas. El trabajo de campo de esta fase de la investigación se llevó a cabo entre febrero y mayo de 2005.

LA SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN ANDALUCÍA

Foto: Catalina Ruiz Moyano

- 3.1 / Características de la muestra analizada
- 3.2 / Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía
- 3.3 / Factores condicionantes de la prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía
- 3.4 / Valoración de la situación de la lactancia materna en Andalucía y evolución en los últimos años

La situación de la lactancia materna en Andalucía

En las páginas que siguen vamos a describir la situación de la lactancia materna en Andalucía según los resultados obtenidos en la encuesta de prevalencia llevada a cabo en Julio de 2004, cuyas características técnicas y metodológicas hemos expuesto en el capítulo anterior. Para ello, tras la descripción de las principales características de la muestra, se analiza la información relativa al tipo de alimentación recibida a distintas edades, así como la duración media de la lactancia materna y las razones que señalan las madres para introducir alimentos complementarios y dejar de dar pecho. En segundo lugar, se describen los principales factores que inciden positiva o negativamente sobre la prevalencia y duración de la lactancia materna. Finalmente, se muestra la situación relativa de Andalucía en comparación con las regiones de su entorno, así como la tendencia en la evolución de la lactancia materna con respecto a 1984, fecha de la anterior encuesta de prevalencia de la lactancia materna realizada en nuestra comunidad⁶⁸.

Foto: Laura Llorca Morató



Antes de proceder al análisis de los resultados conviene, sin embargo, hacer algunas aclaraciones de carácter conceptual y metodológico que permitirán hacer una mejor lectura de los resultados presentados:

- En primer lugar, como se ha señalado anteriormente, en el estudio se ha recogido información de carácter transversal y retrospectivo sobre la alimentación de los niños nacidos en Andalucía entre junio de 2003 y junio de 2004. Por un lado, siguiendo las recomendaciones de la OMS, el cuestionario reseña el tipo de alimentación del bebé en el día anterior a la encuesta. Junto a esta información de carácter transversal, el cuestionario recoge además la edad de introducción de otros alimentos y del destete para aquellos niños que en el momento de la encuesta habían dejado de tomar pecho de forma exclusiva. De esta manera, no sólo contamos con información de tipo transversal sino también retrospectivo. En el análisis de los resultados de la encuesta hemos recurrido indistintamente a ambos tipos de datos, señalando en cada caso de qué tipo de información se trata.
- En segundo lugar, los conceptos que empleamos a lo largo de este capítulo, salvo que por razones de comparabilidad con otros estudios se señale lo contrario, son los que define la OMS en su documento de 1991 de indicadores para la evaluación de las prácticas de lactancia materna, que hemos definido en el punto 2.1 del capítulo anterior y recogemos de manera resumida en la siguiente tabla:

Tabla 3.1.
Definiciones empleadas

Concepto	Definición
Lactancia Materna Exclusiva (LME)	Pecho como único alimento (+ vitaminas, minerales o medicamentos).
Lactancia Materna Predominante (LMP)	Pecho más agua, zumos, té o sueros.
Lactancia Materna Completa (LMC)	LM Exclusiva + LM Predominante
Lactancia Materna Parcial	Pecho más otra leche o papilla
Lactancia Materna (LM)	LM Exclusiva + LM Predominante + LM Parcial
Destete	No toma pecho

Fuente: Elaboración propia a partir de las definiciones aportadas por la OMS⁴⁶.

- Finalmente, cabe aclarar aquí que, en consonancia con las directrices de la OMS, la edad reflejada se refiere al límite superior del intervalo y no a la edad cumplida. Así, por ejemplo, con un mes nos referimos a niños que están en su primer mes de vida, es decir, que aún no han cumplido un mes. Los niños con un mes exacto se considera que ya han entrado en su segundo mes de vida y, por tanto, aparecerían representados en la columna correspondiente a este mes.

3.1. Características de la muestra analizada

Antes de emprender el análisis de la situación de la lactancia materna en Andalucía, conviene conocer cómo se distribuye la muestra en función de las distintas variables incluidas en el cuestionario. El objetivo de este apartado es, por tanto, hacer una descripción de la población de referencia de la encuesta que conforma la fase cuantitativa de la investigación. Para ello, se hace especial énfasis en las características de la madre y del recién nacido, así como en aquellas variables relacionadas con el proceso de embarazo y parto, lo que nos permitirá alcanzar un mejor nivel de comprensión en el examen de las diferencias en cuanto a la prevalencia y duración de la lactancia materna entre los distintos grupos.

Figura 3.1.
CARACTERÍSTICAS
DE LA MADRE.
Edad y Paridad.

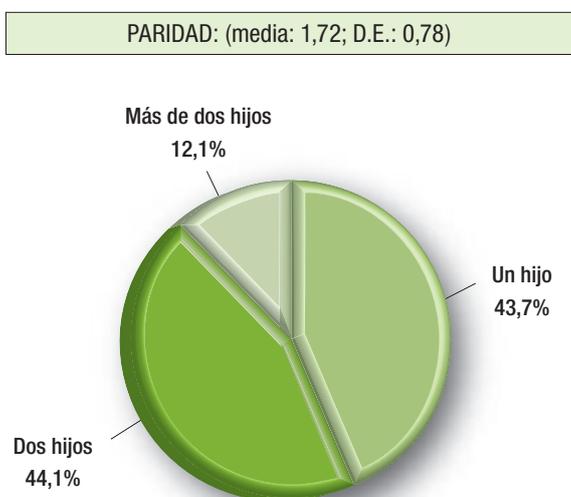
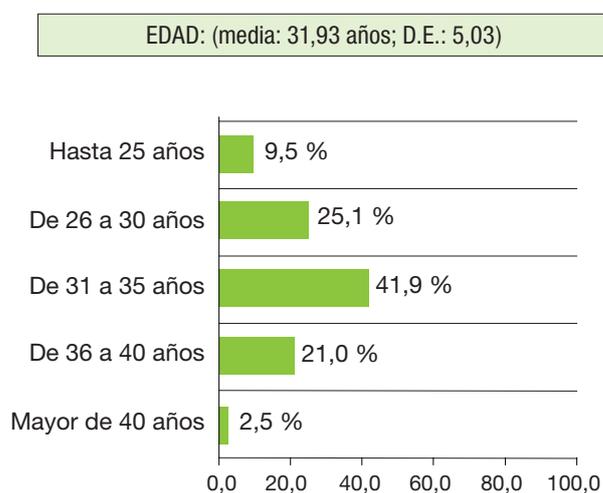
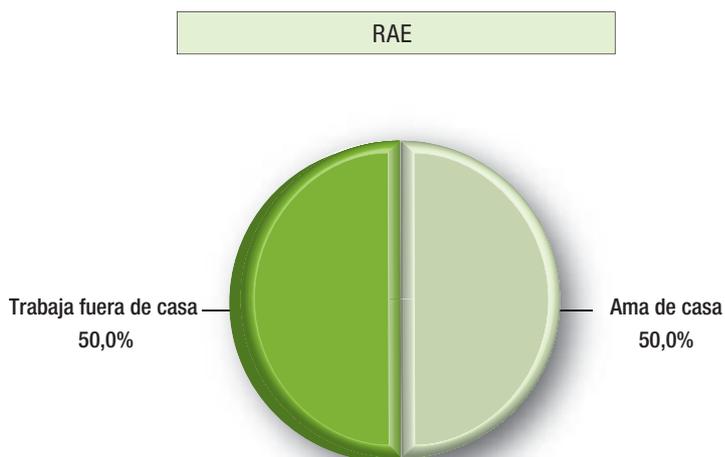
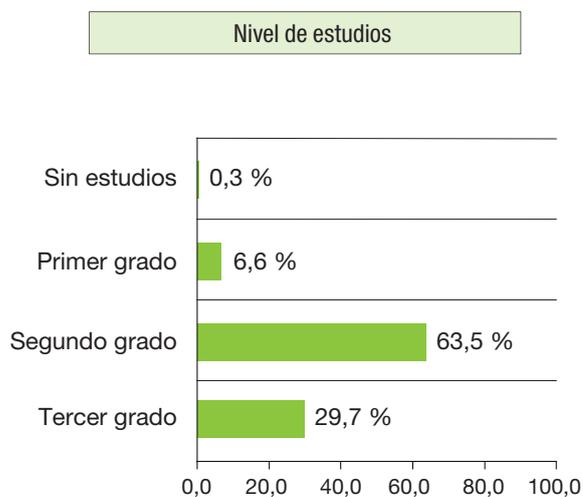


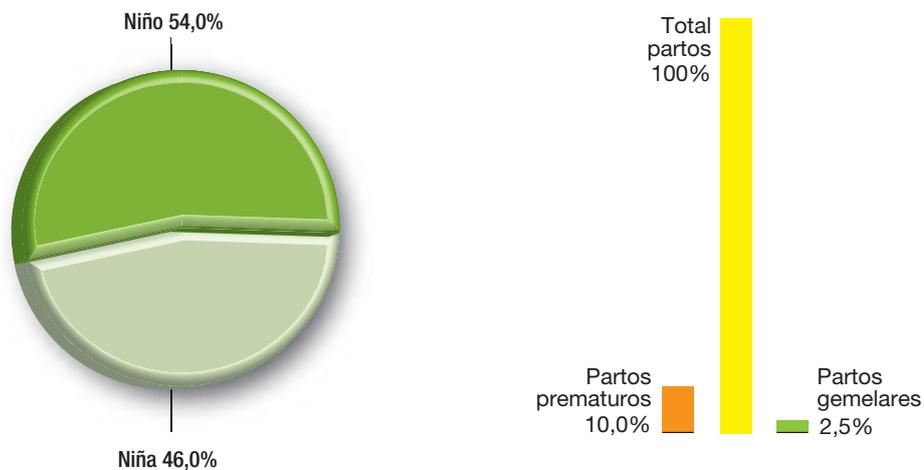
Figura 3.2.
CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE.
 Nivel Educativo y Relación con la Actividad Económica (RAE)



Las figuras 3.1 y 3.2 muestran las características de las madres encuestadas. Como vemos, la mayoría de éstas tienen más de 26 años, estando más del 40% de ellas agrupadas en el intervalo de 30 a 35 años. El 56,2% de las madres ya tenían hijos previos y en el 43,7% de los casos se trataba del primero. Sólo en torno a uno de cada diez hogares entrevistados tienen más de dos hijos.

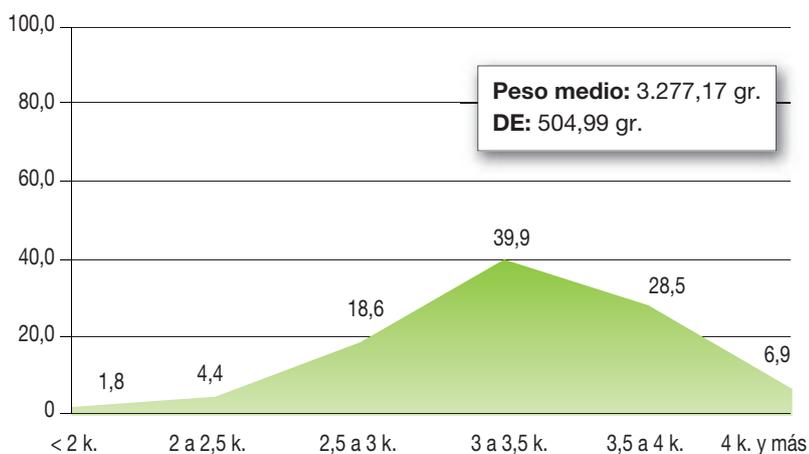
En lo que respecta al perfil educativo y laboral de las entrevistadas, el 63,5% tienen nivel de estudios de segundo grado y el 29,7% tiene estudios universitarios. Una de cada dos madres entrevistadas tiene trabajo remunerado.

Figura 3.3.
CARACTERÍSTICAS
DEL RECIÉN NACIDO.
Sexo, Prematuridad y
Gemelaridad



En cuanto a las características de los recién nacidos, el porcentaje de varones es ligeramente superior al de niñas (54% vs. 46%). La prematuridad (tiempo de gestación inferior a 37 semanas) en esta muestra corresponde al 10% de los partos y la gemelaridad es del 2,5%.

Figura 3.4.
CARACTERÍSTICAS
DEL RECIÉN NACIDO.
Peso al nacer.



Cerca del 90% de los niños nacieron con un peso adecuado (entre 2.500 gr. Y 4.000 gr.), siendo el porcentaje de recién nacidos con un peso menor de 1.500 gramos inferior al 1%.

Tabla 3.2.

Características del proceso de embarazo y parto

	%
TIPO DE PARTO	
> Vaginal	60,8
> Instrumental	16,8
> Cesárea	22,4
ANESTESIA	
> General	4,6
> Epidural	60,8
> Sin anestesia	34,6
PUESTA AL PECHO TRAS 1ª HORA	61,8
ALOJAMIENTO CONJUNTO	87,1
RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE LM DURANTE EMBARAZO	69,8
RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE LM TRAS PARTO	51,5

En la tabla 3.2 se muestran las características de la población estudiada en relación con los principales condicionantes relacionados con las características del embarazo y el parto. Como vemos, cuatro de cada cinco partos fueron partos vaginales, con o sin ayuda instrumental, y en dos de cada tres se empleó anestesia, fundamentalmente epidural. En relación a las prácticas hospitalarias que incentivan la lactancia materna, la que está más extendida en Andalucía es el alojamiento conjunto, que se produjo en el 87,1% de los casos. Por el contrario, la puesta al pecho en la primera hora tras el parto sólo se produjo en el 61,8% de los casos.

A pesar de la insistencia en la necesidad de la educación sanitaria en el proceso del embarazo, y de informar a las mujeres para que las decisiones que adopten sobre la forma de alimentar a su hijos estén basadas en una información correcta, factor que se ha demostrado incide de forma determinante en la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna⁹², sólo el 69,8% de las mujeres declara haber recibido información sobre este tema durante el embarazo. Aún menos mujeres, el 51,5%, declaran haber tenido acceso a ésta tras el parto, en el centro en que se produjo el nacimiento.

Las organizaciones que promueven la lactancia aconsejan mantener al recién nacido encima o al costado de su madre, en contacto piel con piel, hasta que realice la primera toma de pecho, durante el periodo del postparto inmediato, ya que se sabe que el recién nacido es capaz de agarrar el pezón y realizar la primera toma al pecho en este momento⁹³, siempre que se evite el exceso de medicación a la madre durante el parto⁹⁴ y se permita el contacto estrecho entre ambos. Se ha demostrado que el contacto precoz estrecha los lazos afectivos madre-hijo, reserva energía y permite una mejor adaptación metabólica, mejora los movimientos de reptación y succión del bebé y se relaciona con una mayor duración de la lactancia materna. Por otra parte, no hay ninguna evidencia

	%
TIPO DE PARTO	
> Vaginal	60,8
> Instrumental	16,8
> Cesárea	22,4
ANESTESIA	
> General	4,6
> Epidural	60,8
> Sin anestesia	34,6
PUESTA AL PECHO TRAS 1ª HORA	61,8
ALOJAMIENTO CONJUNTO	87,1
RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE LM DURANTE EMBARAZO	69,8
RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE LM TRAS PARTO	51,5

En la tabla 3.2 se muestran las características de la población estudiada en relación con los principales condicionantes relacionados con las características del embarazo y el parto. Como vemos, cuatro de cada cinco partos fueron partos vaginales, con o sin ayuda instrumental, y en dos de cada tres se empleó anestesia, fundamentalmente epidural. En relación a las prácticas hospitalarias que incentivan la lactancia materna, la que está más extendida en Andalucía es el alojamiento conjunto, que se produjo en el 87,1% de los casos. Por el contrario, la puesta al pecho en la primera hora tras el parto sólo se produjo en el 61,8% de los casos.

A pesar de la insistencia en la necesidad de la educación sanitaria en el proceso del embarazo, y de informar a las mujeres para que las decisiones que adopten sobre la forma de alimentar a su hijos estén basadas en una información correcta, factor que se ha demostrado incide de forma determinante en la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna⁹², sólo el 69,8% de las mujeres declara haber recibido información sobre este tema durante el embarazo. Aún menos mujeres, el 51,5%, declaran haber tenido acceso a ésta tras el parto, en el centro en que se produjo el nacimiento.

Las organizaciones que promueven la lactancia aconsejan mantener al recién nacido encima o al costado de su madre, en contacto piel con piel, hasta que realice la primera toma de pecho, durante el periodo del postparto inmediato, ya que se sabe que el recién nacido es capaz de agarrar el pezón y realizar la primera toma al pecho en este momento⁹³, siempre que se evite el exceso de medicación a la madre durante el parto⁹⁴ y se permita el contacto estrecho entre ambos. Se ha demostrado que el contacto precoz estrecha los lazos afectivos madre-hijo, reserva energía y permite una mejor adaptación metabólica, mejora los movimientos de reptación y succión del bebé y se relaciona con una mayor duración de la lactancia materna. Por otra parte, no hay ninguna evidencia

científica que avale que el restringir la interacción postnatal precoz entre madre e hijo tenga efecto beneficioso alguno.

Como ponen de relieve estos resultados, si bien es cierto que se ha mejorado en lo que se refiere a las rutinas hospitalarias aplicadas en el proceso del parto y puerperio y que se está trabajando para mejorar el vínculo materno-filial, aún existen casos en los que no se cumplen estas prácticas beneficiosas para la lactancia. Haciendo una lectura inversa de los datos anteriores, se puede afirmar que aún existe un porcentaje elevado de recién nacidos, en torno al 13%, que son separados de sus madres al nacer y es probable que en una parte de los casos no exista una causa médica justificada para ello. Asimismo, el alto porcentaje de niños a los que no se les ofrece el pecho en los primeros momentos de la vida (38,2%), es un dato que debe ser analizado detenidamente. Existe, por tanto, margen para mejorar en lo que se refiere a las prácticas hospitalarias que favorecen la lactancia materna, y fundamentalmente de aquellas que se refieren a la puesta al pecho en la primera hora y la no separación de la madre y del niño tras el nacimiento.



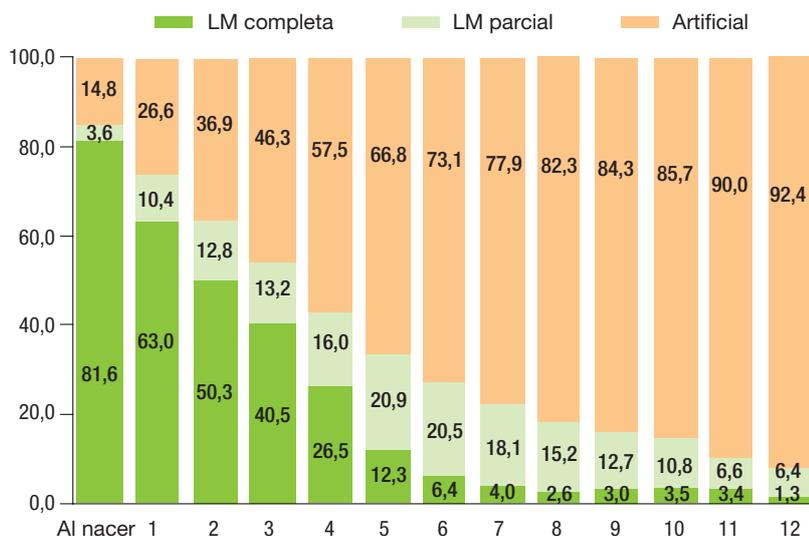
Foto: Elena Guitian Garre

3.2. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía

La generalización del recurso a la lactancia artificial, como forma de alimentación de los bebés predominante en la actualidad, se concreta, por un lado, en la disminución del número de mujeres que amamantan y, por otro, en el abandono de la lactancia materna a una edad inferior a la recomendable. Por este motivo, junto a los datos de prevalencia de los distintos tipos de lactancia a una edad determinada, se suelen emplear indicadores que permiten medir la duración media de la misma, como la edad de introducción de alimentación complementaria y la edad de destete.

La figura 3.5 muestra la prevalencia de la lactancia materna en Andalucía en 2004, calculada mes a mes sobre datos retrospectivos. Como vemos, el 82% de la muestra presenta lactancia materna completa (Exclusiva + Predominante) al nacer, cayendo esta cifra en el primer mes hasta el 63%. Al tercer mes, el porcentaje de niños alimentados al pecho de forma exclusiva o predominante (LMC) es del 40,5%, lo que supone la mitad de los que iniciaron la lactancia. 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 de los 4 meses, se produce un segundo descenso abrupto en la prevalencia de la lactancia materna completa, pasando 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. Estas cifras son, como se verá más adelante, muy inferiores a lo recomendado por la OMS^{13 14 46}.

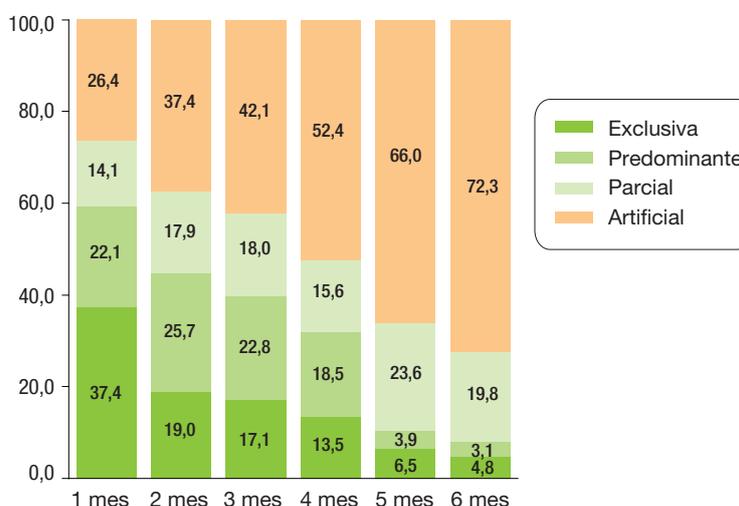
Figura 3.5. PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA MES A MES. Datos retrospectivos. 2004



Los descensos más bruscos en la prevalencia de la lactancia materna objetivados en nuestro estudio son muy similares a los observados en otros estudios de prevalencia realizados en nuestro entorno^{27 68 95-107} y coinciden con dos momentos clave en el proceso de amamantamiento: la consolidación de la lactancia (durante los dos primeros meses) y la reincorporación al entorno laboral tras la baja maternal unida a la introducción de la alimentación complementaria (entre el cuarto y quinto mes).

Como es sabido, en las primeras seis semanas de vida, en la etapa denominada de calibración, la producción de leche de la madre se ajusta a las necesidades del recién nacido. En este proceso intervienen factores físicos de la madre como la rapidez de síntesis y secreción láctea pero también la eficacia del bebé en el vaciamiento mamario¹⁰⁸. Este es el momento más delicado del proceso ya que interferencias como la adopción de posturas incorrectas, la imposición de horarios de amamantamiento y límites a la duración de las tomas, la introducción de otros líquidos, o la interferencia de biberones y chupetes en el agarre del niño al pecho pueden llevar a un fracaso en el ajuste entre la demanda del niño y la producción de leche de la madre y, finalmente, al abandono de la lactancia¹⁰⁹. El segundo momento clave se produce cuando la mujer ha de reincorporarse al trabajo fuera de casa, tras las dieciséis semanas de baja maternal.

Figura 3.6.
TIPO DE LACTANCIA
HASTA EL SEXTO MES.
Datos transversales.
2004



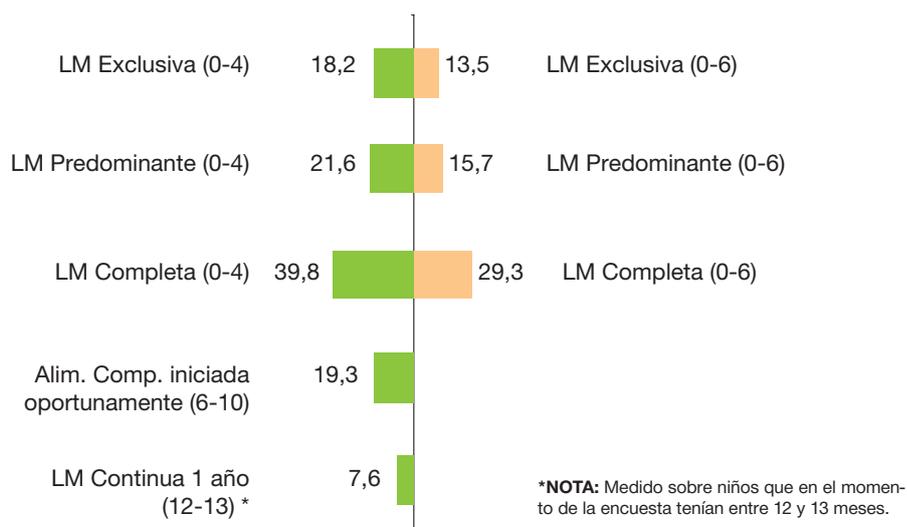
La figura 3.6 muestra en detalle estos momentos clave en la evolución de la lactancia materna sobre datos referidos al tipo de alimentación que presentaban los recién nacidos en el momento de la encuesta (datos transversales). Entre el primer y el segundo mes de vida, se produce un descenso agudo de la lactancia materna y, más concretamente, de la lactancia materna exclusiva. Como vemos, con la excepción del porcentaje de bebés lactados exclusivamente, que cae en torno a un 20%, el resto de indicadores de lactancia materna se mantiene e, incluso, aumenta. Junto a las madres que han abandonado la lactancia materna en el segundo mes, aparece un segundo grupo

que, si bien continúa amamantando, ha comenzado a complementar con otro tipo de alimentos. Según los expertos en la fisiología de la lactancia, esta es una conducta especialmente contraproducente en las fases iniciales del proceso, cuando aún no hay ajuste entre la madre y el niño, ya que conduce a una disminución de la secreción láctea de la madre. Este es uno de los factores que más se aducen como causa del destete temprano dado que, una vez iniciada la producción de leche, el principal regulador del volumen producido es el niño a través de la succión y el vaciamiento del pecho¹¹⁰⁻¹¹³. En estos primeros momentos, resulta especialmente beneficioso y recomendable que ni en las maternidades ni en los centros de atención primaria se les entregue a las familias paquetes comerciales cuyo contenido pueda interferir con la lactancia (chupetes, tetinas, botellines de agua mineral, revistas con publicidad de casas de leche y cupones diversos para recibir publicidad de los mismos en el domicilio). Asimismo, cumpliendo el código de comercialización de sucedáneos de la leche materna y la normativa española vigente, las compañías fabricantes de sucedáneos no deben realizar publicidad directa o indirecta en los centros sanitarios (mediante folletos, calendarios, carteles, blocs de notas, bolígrafos etc.) ni entregar muestras o regalos, a los profesionales sanitarios que trabajan con las madres⁶⁵.

A los cinco meses, dos de cada tres niños han sido destetados. Entre el cuarto y el quinto mes, consecuencia en parte del impacto de la reincorporación de la madre a su empleo, la lactancia materna completa se reduce drásticamente hasta suponer la fuente principal de alimentación de sólo uno de cada diez niños de esta edad. Como ya se ha mencionado, el segundo momento clave en el descenso de la prevalencia de la lactancia materna coincide, por tanto, con el fin de la baja maternal y la reincorporación de las madres al trabajo fuera de casa. En este momento es bastante frecuente que se comience a introducir algún biberón u otro tipo de alimento para facilitar los cambios que se producen al no poder permanecer la madre junto al bebé. Este hecho explica el aumento de la prevalencia de la lactancia parcial entre el cuarto y el quinto mes. En otros muchos casos, sin embargo, la reincorporación al trabajo implica el destete total del niño como consecuencia de la escasez de medidas de apoyo a las madres lactantes con trabajo remunerado en la legislación vigente y del desconocimiento de la posibilidad de continuar la lactancia mediante la extracción manual o mecánica y la conservación adecuada de la leche materna extraída¹¹⁴. Esta situación puede ser fácilmente paliada por el personal sanitario a través de la información y adiestramiento en la técnica apropiada de extracción de leche materna de aquellas madres que deseen compaginar lactancia y vida laboral. En este sentido, la mejora en la formación de los profesionales sobre lactancia materna y la promoción del apoyo familiar y social a las madres lactantes son dos puntos decisivos sobre los que actuar con el fin de incrementar la prevalencia de la lactancia materna en la sociedad actual.

El panorama que nos muestran estos datos sobre la lactancia materna en Andalucía es, como se verá más adelante, muy similar al de las regiones y países de nuestro entorno, con una prevalencia relativamente alta de la lactancia materna al nacer, junto con el abandono masivo de la misma en los primeros meses de vida. Según los resultados de la encuesta, tanto la introducción de alimentación complementaria como el destete de los niños lactados al pecho se produce antes de cumplir los tres meses (2,86 y 2,89 meses respectivamente); es decir, en edades muy inferiores a las recomendadas. Estos datos vienen a corroborar un hecho conocido en la fisiología de la lactancia materna, que la introducción de alimentos distintos a la leche materna va ligada, en la mayoría de los casos, a la disminución de la producción de leche y al destete, como consecuencia del mecanismo de autorregulación mamario controlado por la succión del niño. La introducción de alimentos complementarios de manera precoz, sobre todo cuando estos se dan antes de la toma, hace que el bebé no vacíe completamente el pecho. Este hecho activa el factor inhibidor local (FIL) que actúa sobre las células alveolares disminuyendo su sensibilidad a la prolactina y dando lugar a una menor producción de leche¹¹⁵.

Figura 3.7.
INDICADORES DE
LACTANCIA OMS.
Datos transversales.
2004



La figura 3.7 muestra los indicadores de lactancia materna definidos por la OMS, representados gráficamente en forma de espejo; con los datos calculados sobre la base de niños de 0 a 4 meses a la izquierda y de 0 a 6 meses a la derecha. El objetivo de mostrar ambas referencias etarias es que los datos sean comparables con estudios anteriores a 2001 (año en que se amplía a 6 meses el período recomendado para estos tipos de lactancia).

Tanto si se toma como referencia el grupo de edad de 0 a 4 meses como el de 0 a 6 meses, los indicadores de lactancia materna presentan niveles muy inferiores a las recomendaciones de la OMS, según la cual el 100% de los niños deberían ser amamantados

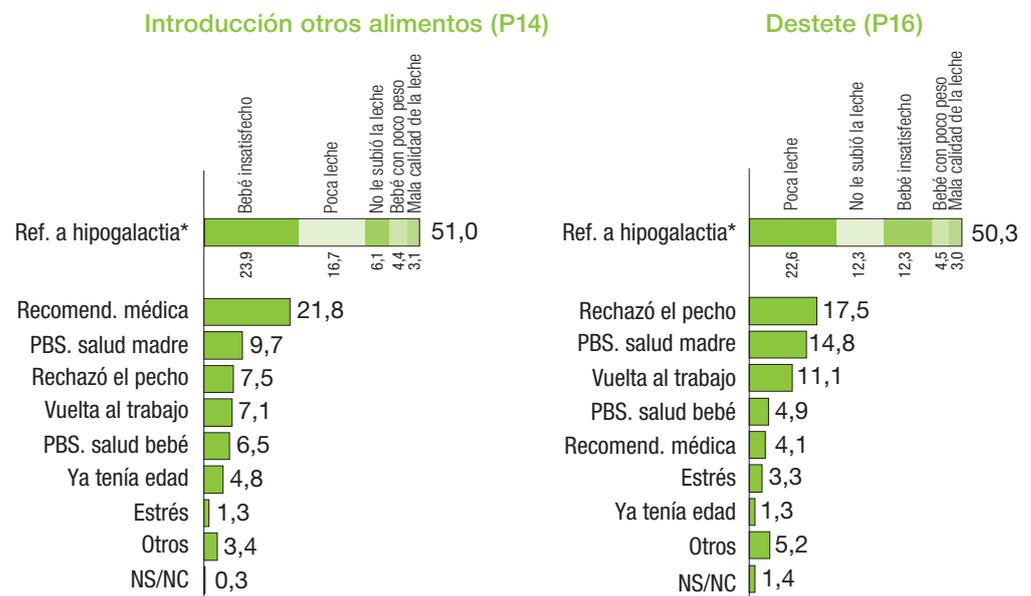
exclusivamente hasta los 6 meses de edad y, posteriormente hasta los dos años o más, introduciendo alimentos complementarios adecuados junto a la leche materna.

En Andalucía, sólo el 13,5% de los bebés menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva. Incluso cuando se toma como referencia el indicador más amplio de lactancia materna completa, aquellos cuyo alimento principal es la leche materna no llegan a suponer uno de cada tres menores de 6 meses. Consecuentemente con estos datos, el resto de indicadores de lactancia se mantienen muy bajos y, así, menos de uno de cada diez niños continúa recibiendo leche materna al cumplir un año.

¿Cuáles son las causas de que se destete mayoritariamente a una edad tan temprana?

Con el fin de obtener información de primera mano respecto a las causas que explican esta situación, el cuestionario incluía preguntas relativas a los motivos de introducción de alimentos distintos a la leche materna (incluyendo la leche artificial) y de destete, en los casos en los que éstos se hubieran producido. Las respuestas a estas preguntas se muestran en la siguiente figura:

Figura 3.8.
Motivos de introducción de otros alimentos y destete



*NOTA: *El porcentaje de referencia a hipogalactia es menor que la suma de los porcentajes incluidos en la misma, porque algunas de las madres encuestadas daban más de una respuesta que hacía referencia a hipogalactia.

Los principales motivos aducidos por las madres, tanto para introducir otro tipo de alimentos como para dejar de dar pecho, están relacionados con la percepción de falta o escasez de leche, lo que en terminología médica se conoce como “falsa hipogalactia”. Las referencias a este motivo suponen, como vemos, más de la mitad de las razones apuntadas por las madres para el destete parcial o total de sus hijos. Cuando se revisan los estudios de

prevalencia, se observa que en muchos casos se asume de manera errónea la hipogalactia como motivo de abandono de la lactancia materna. La insuficiente producción de leche o “hipogalactia verdadera” tiene una base fisiológica en los casos de enfermedad de la madre que incida en el nivel de producción de las hormonas necesarias en la lactogénesis (prolactina y oxitocina) o cuando hay problemas relacionados con el tejido mamario (hipoplasia mamaria) o de carácter endocrino en general. Este tipo de hipogalactia verdadera tiene, sin embargo, una incidencia mínima, ocultándose tras esta razón (falsa hipogalactia) una compleja maraña de factores diversos que desincentivan la lactancia materna. En general, cuando se habla de hipogalactia se está confundiendo la causa con la consecuencia, ya que, en la mayoría de las ocasiones, la disminución en la producción de leche se debe a causas anteriores como el empleo de técnicas inadecuadas de amamantamiento, el establecimiento de pautas horarias relacionadas con la lactancia artificial, la introducción de “complementos” a la lactancia o el uso de chupetes y tetinas, entre otras.

La hipogalactia que refieren las mujeres en las encuestas de prevalencia son en la mayoría de los casos “pseudohipogalactias”, situaciones que tienen que ver más con la pérdida de confianza de la mujer en su capacidad de amamantar que con una verdadera falta de producción de leche, situación clínica rara en la mayoría de mujeres lactantes. Por ello, asumir la hipogalactia como una causa de abandono de la lactancia materna es quedarse en la superficialidad del problema sin profundizar en los verdaderos motivos que llevan a la mayoría de las mujeres al abandono de esta práctica y que están más relacionados con otro tipo de factores, como desarrollamos a lo largo del informe.

De igual forma, otras causas mencionadas por las madres para la introducción de alimentos adicionales y el destete responden en gran medida a la falta de información adecuada sobre el proceso natural de amamantamiento y de apoyo ante las crisis que suelen surgir a lo largo de éste. Así, por ejemplo, los problemas de salud de la madre asociados a una posición inadecuada del niño al pecho (grietas, obstrucciones, mastitis, etc.) son, tras la hipogalactia, la causa más importante de no amamantar o abandonar en el primer mes de vida. Una vez más, los problemas provocados por una técnica de lactancia materna incorrecta conducen finalmente al abandono de la misma. La salud de la madre y, en concreto, problemas tempranos asociados a la lactancia materna que por sí no justifican el destete¹¹⁶, se configuran como otro de los puntos críticos para la actuación del personal sanitario. Un conocimiento adecuado de la fisiología de la lactancia materna y del manejo apropiado de estos problemas puede contribuir de manera determinante en la reducción del abandono de la misma en los primeros momentos del proceso¹¹⁷⁻¹¹⁹. En definitiva, en el abordaje de muchos de estos problemas o supuestas barreras, los profesionales sanitarios se encuentran en una situación privilegiada para influir positivamente con su actuación. Mantener al día la formación en esta materia y ser un agente activo, capaz de apoyar y promover la lactancia materna y ayudar en la resolución de los problemas es un reto gratificante que conlleva grandes beneficios para los niños y las madres que desean seguir amamantando.

Respecto al rechazo del pecho por parte del bebé, mencionado como causa de destete por un 17,5% de las entrevistadas, conviene reseñar que en la mayoría de los casos se trata de un comportamiento normal. Estas crisis, también denominadas “huelgas de lactancia”, son generalmente transitorias y perfectamente recuperables cuando la situación se maneja correctamente. Ante un rechazo del pecho, hay que buscar la causa que puede ser muy variada: desde cambios maternos como el retorno de la menstruación, el cambio del perfume utilizado o cambios en el sabor de la leche por la introducción de algún alimento en la dieta materna, hasta la erupción de algún diente entre otras razones^{120 121}.

Como vemos en estos ejemplos, buena parte de las causas mencionadas por las madres son producto de una gestión inadecuada del proceso de lactancia y podrían ser evitados con una mayor información y apoyo a la lactancia por parte del entorno social y sanitario. Por todo ello, sería muy conveniente realizar un control del proceso de lactancia materna desde el inicio con el fin de monitorizar su progreso, el bienestar del lactante y la ausencia de problemas, ya que, es en estos primeros momentos, cuando se produce un mayor abandono de la lactancia o se introducen sucedáneos, sobre todo si aparecen problemas que la madre no sabe cómo afrontar. Grietas, pezones doloridos, sensación de hipogalactia, síntomas de ansiedad materna o depresión postparto deben ser detectados y corregidos adecuadamente, mientras se refuerza la confianza de la madre y su familia en la lactancia natural. Detrás de la mayoría de estos problemas subyacen problemas de técnica de agarre y de succión y la corrección de los mismos evitaría la pérdida de numerosas lactancias. Los profesionales sanitarios pueden y deben detectarlos y ofrecer ayuda para corregirlos hasta asegurar una lactancia satisfactoria y con éxito.

En lo que se refiere a la vuelta al entorno laboral, ésta tiene una importancia limitada como causa de introducción de alimentación complementaria y destete sobre los datos globales (7,1% y 11,1% respectivamente). Este dato, sin embargo, no debe llevarnos a concluir que la incorporación de la mujer al trabajo remunerado no suponga un obstáculo de entidad al mantenimiento de la lactancia materna. Hemos de tener en cuenta que, tal y como se ha visto en los datos de prevalencia mes a mes, el abandono generalizado de la lactancia materna se produce antes del tercer mes de vida, por lo que la vuelta al trabajo pierde peso como motivo de abandono de la lactancia materna sobre el total de entrevistadas. Sin embargo, cuando el destete se produce entre el cuarto y el sexto mes de vida, el principal motivo aducido por las madres es precisamente la reincorporación a su actividad laboral. El 30,5% de las madres que mantenían la lactancia materna, esto es, una de cada tres, la abandonan al llegar este momento.

Finalmente, en lo que se refiere al papel de los profesionales sanitarios, médicos y pediatras sobre la edad de introducción de otros alimentos (se incluye la leche de fórmula) y el destete, hay que señalar que, en línea con otros estudios¹²², la recomendación médica

es mencionada de manera muy minoritaria como motivo de destete (en torno al 4% de las madres que han destetado a sus hijos). Asimismo, si bien la importancia del criterio médico aumenta cuando se trata de la introducción de otros alimentos, ésta se concentra a partir de los cuatro meses de edad, momento en el que la recomendación del pediatra supone el motivo fundamental para el inicio de la alimentación complementaria en más de la mitad de los casos (tabla 3.3). Considerando que en el momento de la realización de la encuesta, las recomendaciones de ampliar la LME hasta los seis meses no estaban muy difundidas, la indicación de iniciar la alimentación complementaria a partir de los cuatro meses podría considerarse correcta en nuestro estudio.

Tabla 3.3.
Abandono LME
y destete por
recomendación médica
según la edad en que
se produce

	Edad del bebé						
	Inicio	1 ^{er} mes	2 ^o mes	3 ^{er} mes	4 ^o mes	4 ^o - 6 ^o mes	Tras 6 ^o mes
Introducción otro tipo de líquidos o alimentos	6,9%	12,0%	7,1%	3,8%	7,4%	48,6%	56,5%
Destete	2,6%	1,3%	1,8%	6,3%	3,7%	5,5%	11,3%

En cualquier caso, consideramos que el pediatra y el médico de familia, como figuras de responsabilidad en la promoción de la salud infantil, en tanto que defensores de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada con otros alimentos desde los 6 meses hasta los 2 años o más, tienen un papel fundamental en la continuidad de la lactancia materna, promoviéndola y apoyándola más activamente e informando a madres y familias sobre los beneficios de esta práctica tanto para el lactante amamantado como para su madre.



3.3. Factores condicionantes de la prevalencia y la duración de la lactancia materna en Andalucía

Al igual que en el resto de regiones de nuestro entorno, la situación actual en Andalucía se caracteriza por unas tasas aceptablemente elevadas de lactancia materna al nacer junto con un abandono generalizado de la misma en los primeros meses de vida. Ahora bien, hay una serie de factores que influyen de forma determinante tanto en el tipo de alimentación ofrecida como en su duración. En general, se puede afirmar que son las madres con mayor nivel educativo y mayor facilidad de acceso a la información las que presentan una mayor prevalencia y duración de la lactancia materna, si bien las prácticas hospitalarias asociadas con el parto tienen una influencia fundamental sobre la iniciación de la misma, como hemos visto anteriormente. En las páginas siguientes analizamos cómo influyen distintas características, relacionadas con la madre, el recién nacido y distintos aspectos del proceso de embarazo y parto sobre la probabilidad de iniciar la lactancia materna y mantenerla en el tiempo.

Los estudios de prevalencia realizados hasta la fecha han puesto de manifiesto la importancia que tienen determinados factores en la explicación de las diferencias observadas en las pautas de alimentación de los recién nacidos, tales como la edad materna, el nivel de estudios, el apoyo familiar, la multiparidad, la educación maternal o las prácticas hospitalarias adecuadas entre otros^{27 68 95-107}. La tabla 3.4 muestra algunos factores favorecedores y frenos a la lactancia materna señalados en la literatura reciente.

Tabla 3.4.

Factores que influyen sobre el establecimiento de la LM

Favorecedores	Desfavorecedores
• Mayor edad materna	• Madre adolescente o factor riesgo psicosocial
• Nivel de estudios materno	• Trabajo materno
• Decisión materna y confianza	• Regalos de la industria
• Apoyo familiar	• Prácticas hospitalarias erróneas
• Multiparidad	• Parto gemelar
• Educación maternal	• Embarazo no controlado por matrona
• Control del embarazo en el centro de salud	• Etnia gitana
• Ausencia de factores de riesgo social	• Recién nacido varón
• Vivencia favorable del embarazo	• Hospital grande
• Hospital pequeño	• Cesárea
• Prácticas hospitalarias adecuadas	• Enfermedad materna o neonatal
• Parto eutócico	• Prematuridad
• Rooming in	• Bajo peso al nacimiento

Fuente: Hernández Aguilar⁶⁷.

Con el fin de analizar en profundidad qué tipo de condicionantes afectan a su prevalencia y duración en Andalucía, el cuestionario empleado en la fase cuantitativa de la investigación recogía información relacionada con las características demográficas y sociales de la madre y el recién nacido, así como con el proceso de embarazo y parto. Los resultados de este análisis se muestran en las tablas 3.5 a 3.8.

Como indicador de prevalencia se ha seleccionado el porcentaje de recién nacidos que eran alimentados al pecho (de forma exclusiva o junto a otro tipo de alimentos) al nacer. Para el análisis de la duración se presentan dos tipos de datos: la duración media de la lactancia materna exclusiva (edad de introducción de otro tipo de alimentos líquidos o sólidos) y la duración media de la lactancia materna tomada globalmente (exclusiva + predominante + parcial o mixta) y que coincide con la edad media de destete. Ambos indicadores han sido calculados en meses sobre la base de las madres que iniciaron la lactancia, es decir, se han excluido del cálculo los casos en los que no se llegó a iniciar la lactancia materna.

Condicionantes relacionados con las características de la madre

En línea con otros estudios de prevalencia, los resultados de la encuesta realizada ponen de manifiesto que a medida que aumenta el nivel de estudios de la madre, la probabilidad de que el niño sea amamantando al pecho es mayor; la prevalencia de la lactancia materna entre las mujeres con estudios superiores es del 88,7%, frente al 84,4% de las mujeres con estudios medios y el 77,4% de las de primer grado. Asimismo, la duración media de la lactancia materna en el grupo de madres con estudios universitarios es significativamente mayor a la del resto (3,19 meses vs. 2,78 y 2,48 respectivamente).

Tabla 3.5.
Prevalencia y duración de la LM según características de la madre

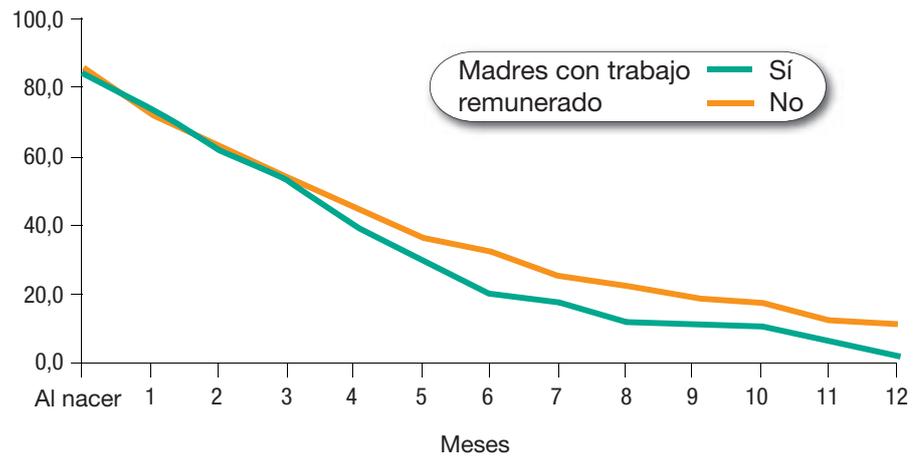
	Prevalencia LM al nacimiento	Duración media LMC	Duración media LM
EDAD			
- Hasta 20 años	81,7	2,22	1,86
- 21 a 30 años	85,6	2,77	*2,85
- Más de 30 años	85,1	2,94	*2,97
NIVEL DE ESTUDIOS			
- Hasta primer grado	77,4	2,50	2,48
- Segundo grado	84,4	2,87	2,78
- Tercer grado	*88,7	2,91	*3,19
RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA			
- Ocupadas	84,7	2,86	3,05
- No ocupadas	85,7	2,86	2,71
EXPERIENCIA PREVIA			
- Primer hijo	86,7	2,96	3,01
- Hijos previos	84,0	2,77	2,79

* Las cifras en negrita implican significatividad estadística con un margen de confianza del 95% ($p < 0,05$).

La relación con la actividad económica de la madre no presenta una incidencia significativa sobre los datos globales ni en lo que se refiere al porcentaje de madres que inician la lactancia, ni a la duración media de la misma. Sin embargo, queremos señalar que esta falta de significatividad estadística responde fundamentalmente al abandono masivo de la lactancia que, con independencia de la ocupación de la madre, se produce en los tres primeros meses de vida de los nacidos en Andalucía, y que hace que la edad media

de destete tiende a igualarse en ambos grupos. La realidad es que, cuando se toma en consideración a aquellas madres que perseveran lactando más allá de estos primeros momentos, la reincorporación a la actividad laboral hace que, a partir del cuarto mes, la prevalencia de la lactancia materna de los niños cuyas madres tienen un trabajo remunerado caiga con respecto a aquellos cuyas madres trabajan en el hogar (ver figura 3.9).

Figura 3.9.
PREVALENCIA DE
LA LM MES A MES
SEGÚN RAE DE
LA MADRE. Datos
Retrospectivos



La edad de la madre no tiene una influencia significativa sobre la prevalencia de la lactancia materna al nacer, pero sí sobre el tiempo que ésta se mantiene. Cuando se inicia la lactancia, el destete se produce por término medio aproximadamente un mes después en las madres mayores de 20 años que en las menores de esta edad.

En lo que se refiere a la influencia de la existencia o no de hijos previos, en la línea de otros estudios de prevalencia realizados en España^{103 107}, son las madres primerizas quienes presentan una mayor probabilidad de amamantar a sus hijos y durante más tiempo, si bien debido al tamaño de la muestra la diferencia no resulta estadísticamente significativa en el caso andaluz.



Foto: M^a Jesús García Saénz

Condicionantes relacionados con el proceso de embarazo y parto.

Tal y como se ha señalado en el apartado relativo a las iniciativas institucionales de promoción de la LM, las prácticas asociadas con la atención sanitaria en el proceso de embarazo y parto tienen una gran influencia en el logro de una lactancia materna exitosa. Desde el comienzo, a través de declaraciones como la de Fortaleza (1985) relativa a la tecnología apropiada para el parto o la de *Innocenti* sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural (1990), y de la “Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños - IHAN” (1991), la OMS ha centrado su atención en el papel que los servicios de salud deben desempeñar en la promoción de este tipo de alimentación. Los “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural” que se hallan en la base de la IHAN establecen una serie de recomendaciones para modificar aquellas prácticas hospitalarias que interfieren en la lactancia y promover aquellas que inciden positivamente en la decisión materna de adoptar este tipo de alimentación. Proporcionar a las madres información adecuada acerca de los beneficios de amamantar y la forma de hacerlo, colocar el niño al pecho en la primera hora de vida o facilitar el contacto entre la madre y el recién nacido, son algunas de estas recomendaciones recogidas en los Diez Pasos que están apoyadas en unas contundentes bases científicas¹²³.

Los resultados obtenidos en la encuesta corroboran la importancia de los factores relacionados con la asistencia sanitaria en el proceso de embarazo y parto. Disponer de información adecuada acerca de la lactancia materna durante el embarazo aumenta la probabilidad de iniciar la lactancia y de mantenerla durante más tiempo (87,4% vs. 80,1%). Sin embargo, esta relación positiva se pierde cuando el acceso a la misma se produce en el período de hospitalización tras el parto.

Otros estudios de prevalencia han mostrado la relación directa que existe entre haber tomado la decisión de amamantar antes del parto y el inicio de la lactancia¹⁰⁵. Parece, por tanto, que el disponer de información adecuada con anterioridad al parto contribuye a que la madre se decante en mayor medida por la lactancia materna y esté más preparada para asumir los retos que conlleva la misma. Como se desprende de las entrevistas realizadas en la fase cualitativa de la investigación, cuando no hay una decisión informada previa por parte de la madre, es más fácil que las dificultades que pueden surgir en las fases iniciales de la lactancia acaben frustrando la intención inicial de alimentar al pecho. La información entonces puede mostrarse insuficiente, máxime en un momento en que el factor de ansiedad y desconcierto de las madres puede conducir a que se refugien en la “seguridad” de la práctica más extendida y visible socialmente: la alimentación artificial.

Los factores que afectan al éxito de la lactancia materna en relación al proceso de embarazo y parto han sido ampliamente estudiados, llegándose a la conclusión de que resulta de suma importancia el apoyo a la lactancia materna por parte del entorno sanitario en el momento del embarazo, parto y puerperio¹²⁴⁻¹²⁹.

Tabla 3.6.

Prevalencia y duración de la LM según características del proceso de embarazo y parto

	Prevalencia LM al nacimiento	Duración media LMC	Duración media LM
INFORMACIÓN SOBRE LM DURANTE EL EMBARAZO			
- Sí	*87,4	2,94	2,96
- No	80,1	2,64	2,71
INFORMACIÓN SOBRE LM TRAS EL PARTO			
- Sí	84,6	2,80	2,81
- No	85,8	2,92	3,00
TIPO DE PARTO			
- Vaginal	*88,2	2,87	2,88
- Instrumental	*89,0	2,87	3,06
- Cesárea	74,1	2,81	2,80
ANESTESIA			
- General	80,6	2,99	2,65
- Epidural	84,2	2,80	2,92
- Sin anestesia	87,5	2,94	2,88
PUESTA AL PECHO TRAS 1ª HORA			
- Sí	*92,3	2,87	2,93
- No	73,6	2,84	2,84
ALOJAMIENTO CONJUNTO			
- Sí	*86,1	2,89	2,88
- No	78,8	2,68	2,99

* Las cifras en negrita implican significatividad estadística con un margen de confianza del 95% ($p < 0,05$).

Tanto el tipo de parto como el protocolo aplicado tras el mismo inciden significativamente en la probabilidad de inicio de la lactancia. Cuando el nacimiento tiene lugar mediante cesárea, la proporción de recién nacidos que son alimentados al pecho disminuye cerca de 15 puntos porcentuales con respecto a los partos vaginales (ya sean de tipo eutócico o instrumental). En nuestro estudio, por tanto, el parto por cesárea constituye un factor de riesgo para no iniciar la lactancia natural. Este resultado es similar al obtenido en otros estudios de prevalencia consultados y de ello se deduce que las madres cuyo parto se produce mediante cesárea deben ser un colectivo de atención preferencial, ya que con un asesoramiento adecuado es posible superar los problemas precoces del amamantamiento y establecer una lactancia materna exitosa¹³⁰⁻¹³².

La relación existente entre inicio de la lactancia materna y analgesia durante el parto es un aspecto discutido y controvertido en la literatura^{94 133-135}. En nuestro caso, no hemos observado una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, si bien es cierto que la prevalencia de la lactancia materna es ligeramente superior entre aquellas mujeres que tuvieron un parto natural (87,5% frente al 84,2% y al 80,6% de las mujeres que recibieron anestesia epidural y general respectivamente).

La primera hora tras el parto es un momento de gran relevancia en lo que respecta a la lactancia materna, en el que la madre presenta un estado de especial sensibilidad y el recién nacido, en alerta, es capaz de reptar y realizar la primera toma. Por este motivo, la puesta al pecho en la primera hora tras el nacimiento es especialmente importante para el establecimiento de la lactancia materna. Los datos de nuestro estudio reflejan la importancia de esta práctica así como del alojamiento conjunto sobre el inicio de la lactancia materna. El 92,3% de los niños que fueron puestos al pecho en este momento y el 86,1% de quienes fueron alojados en la habitación de la madre (frente al 73,6% y el 78,8% de quienes no lo hicieron) iniciaron con éxito la lactancia materna. Sin embargo, ninguna de estas variables incide de manera significativa en la duración de ésta. La revisión Cochrane existente sobre este aspecto¹³⁶, concuerda con nuestros resultados en cuanto a la falta de incidencia de estas variables sobre la duración de la lactancia, si bien subraya la importancia del contacto temprano piel con piel entre madre e hijo sobre otros factores como una mejor comunicación y unión entre ambos²¹. Estos datos corroboran, una vez más, que las iniciativas de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna deben ser un continuum a lo largo de todo el proceso de embarazo, parto y puerperio y que deben ser mantenidas y cuidadas en el tiempo si se quiere potenciar la duración de la misma.

Teniendo en cuenta la especial incidencia que, como hemos visto, tienen las prácticas hospitalarias relacionadas con el proceso de embarazo y parto sobre la lactancia materna, se hace necesario un esfuerzo añadido en el seguimiento y control de éstas en la línea de las últimas recomendaciones en esta materia, recogidas en la “Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” de la OMS, a nivel internacional, y en el plan estratégico de acción “Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa”, a nivel europeo.

Condicionantes relacionados con las características del recién nacido.

Como puede observarse en la tabla 3.7, los bebés prematuros y los nacidos con un peso inferior a los 2.500 gramos presentan unas tasas de prevalencia de la lactancia materna al nacer muy inferiores a las de los bebés nacidos a término y de mayor peso. De la misma manera, el tener un parto gemelar parece incidir negativamente sobre la probabilidad de iniciar la lactancia. A menudo, estos nacimientos conllevan una serie de actuaciones médicas (separación de la madre, colocación en incubadoras, etc.) que interfieren con las prácticas beneficiosas desde el punto de vista de la lactancia materna. Asimismo, “los propios sentimientos que genera el haber tenido un hijo que no está completamente bien, pueden hacer pensar a los padres que la lactancia materna no va a ser posible o no está indicada en dicha situación”¹³⁷.

Tabla 3.7.

Prevalencia y duración de la LM según características del recién nacido

	Prevalencia LM al nacimiento	Duración media LMC	Duración media LM
SEXO			
- Niño	82,9	2,87	2,87
- Niña	*87,8	2,84	2,92
EDAD GESTACIONAL			
- Prematuros (<37 semanas)	73,1	2,80	2,76
- A término (37 a 42 semanas)	*86,4	2,87	2,90
- Postmaduros (> 42 semanas)	*100,0	2,82	3,78
PESO AL NACER			
- < 2.500 gramos	72,6	2,58	2,80
- ≥ 2.500 gramos	*86,0	2,88	2,90
PARTO GEMELAR			
- Sí	58,7	2,49	2,30
- No	*85,8	2,87	2,91
INGRESO HOSPITALARIO AL NACER			
- Sí	77,1	2,54	2,74
- No	*86,1	2,90	2,91

* Las cifras en negrita implican significatividad estadística con un margen de confianza del 95% (p< 0,05).

Efectivamente, los partos prematuros, de bajo peso y gemelares presentan un mayor índice de permanencia en el hospital tras el alta de la madre y una menor probabilidad de ser puestos al pecho en la primera hora tras el parto y de permanecer alojados junto a la madre, factores que, como se ha visto en el apartado anterior, tienen una influencia decisiva sobre el establecimiento de la lactancia (ver tabla 3.8).

Tabla 3.8.

Prácticas adecuadas para la LM según características del recién nacido

	Puesta al pecho 1ª hora	Alojamiento conjunto	Hospitalización
EDAD GESTACIONAL			
- Prematuros (<37 semanas)	48,5	61,0	*32,3
- A término (37 a 42 semanas)	*63,2	*90,2	8,0
- Postmaduros (> 42 semanas)	65,1	70,8	11,7
PESO AL NACER			
- < 2.500 gramos	35,6	45,7	*44,0
- ≥ 2.500 gramos	*63,5	*89,8	8,3
PARTO GEMELAR			
- Sí	21,8	57,0	*43,4
- No	*62,8	*87,9	9,6

* Las cifras en negrita implican significatividad estadística con un margen de confianza del 95% (p< 0,05).

Sin embargo, dada su mayor fragilidad desde el punto de vista de la salud, el amamantamiento resulta especialmente beneficioso para estos niños. Además de la función nutritiva, la lactancia materna repercute positivamente en el establecimiento del vínculo afectivo entre la madre y el hijo y lo protege frente a futuras enfermedades. Por

este motivo resulta especialmente importante buscar protocolos de intervención que permitan compatibilizar los cuidados médicos que requieren estos recién nacidos con las prácticas de promoción de la lactancia materna en la línea de las propuestas del “Método de la Madre Canguro”. Este método se inició en Colombia en 1979, donde los doctores Rey y Martínez comenzaron a aplicar un programa de cuidados del prematuro que, en síntesis, consiste en colocarlo en contacto piel con piel entre los pechos de su madre y alimentarlo con leche materna, adelantando el alta y siguiendo con estos cuidados en el domicilio. En la actualidad, los protocolos de cuidados canguros se aplican, cada vez más, en el cuidado de recién nacidos de bajo peso en las unidades de neonatología de todo el mundo. Estos cuidados son hoy considerados un estándar de calidad en el que se conjuga el uso de la más alta tecnología con un entorno de humanización de los cuidados; donde el protagonismo es dado a los padres y al bebé, anteponiendo el cuidado del niño y de la familia al entorno de “aislamiento y asepsia” que caracterizaba este tipo de cuidados en el pasado. Para más información consultar la guía práctica publicada por la OMS¹³⁸.



Foto: Cristina Martín Oviedo

3.4. Valoración de la situación de la lactancia materna en Andalucía y evolución en los últimos años

Como se ha mencionado, a pesar de los esfuerzos realizados desde distintos organismos internacionales, entre los que destaca la OMS, uno de los principales problemas que existe a la hora de evaluar la situación de la lactancia materna en la actualidad es la falta de información adecuada. En España, no existen fuentes estandarizadas que se ajusten a las definiciones y criterios metodológicos recomendados por la OMS que sirvan como referente de la situación a nivel nacional.

Tabla 3.9.
Resultados de algunas encuestas de prevalencia de la LM en España

Ámbito	Año	N	Resultados (% LM = Completa + Parcial)		
			Al nacer	3 mes	6 mes
Varios ³⁶	Varios	-	80-90	30-50	10-20
Andalucía ⁶⁸	1984	1.400	85,7	47,2	17,4
Pueblo Aragón ⁹⁶	1988	345	80	34	11
Centro-Norte España ¹⁰⁰	1992-93	1.175	88	45	14
Pueblo Ciudad Real ⁹⁸	1993-95	170	88	46	6
España ¹⁰²	1995	400	-	54	33
Denia-Alicante ²⁷	1996-99	1.385	84,5	51,7	14,6
Asturias ¹⁰¹	1996	418	73	31	20
18 provincias ¹⁰³	1997	12.165	84,2	54,9	24,8
Pueblo Cataluña ⁹⁷	1998	88	83	75	6
Castilla- León ⁹⁹	1998	-	88	-	28
Cataluña ¹⁰⁶	1999	315	81,1	55,6	21,4
Gran Canaria ¹⁰⁵	2000	545	77,0	33,8	16,2
Comarca Cataluña ⁹⁵	2000	200	78	67	39
Toledo ¹⁰⁴	2001	226	78,3	44,7	-
Nacional ²⁴	2001	5.280	60,8*	42,4	23,6
Mejorada del Campo ¹⁰⁷	2002	73	87,7	-	11,1
Andalucía	2004	1.087	85,2	53,7	26,9

*NOTA: Porcentaje de Lactancia Materna a las seis semanas.

Los datos disponibles resultan extraordinariamente heterogéneos, tanto en lo que se refiere al tipo de metodología empleada, como al tamaño muestral o el ámbito de la encuesta, hecho que dificulta en gran medida la comparabilidad de los resultados y puede llevar a enmascarar el problema si se utilizan indicadores basados en una definición de la lactancia materna demasiado amplia. En este sentido, lo ideal sería establecer un sistema de monitorización de prevalencia universal, basado en las recomendaciones de la OMS, mediante encuestas fáciles de realizar y aprovechando los momentos claves de los diferentes programas de salud infantil de las comunidades autónomas. Así, por ejemplo, debería registrarse el tipo de lactancia en el momento del nacimiento o al alta hospitalaria, lo que aportaría la prevalencia al nacimiento; la información recogida en

las visitas a través del programa de vacunaciones, cuya cobertura en la actualidad es prácticamente universal, proporcionaría el dato de prevalencia a los cuatro, seis y doce meses de edad. Asimismo, podría estudiarse el modo de ampliar el período de registro del tipo de alimentación recibida hasta los dos años de edad con el fin de disponer de información adecuada para calcular los indicadores de lactancia materna continua a un año y a dos años, tal y como son definidos por la OMS.

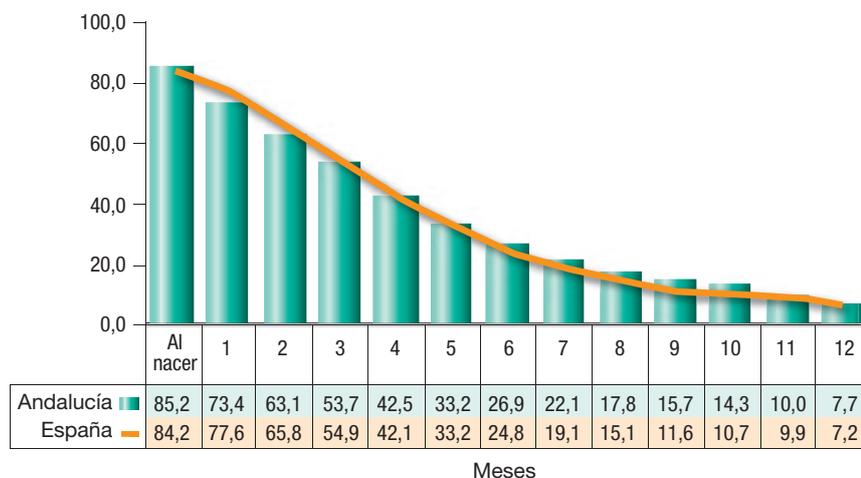
La tabla 3.9 muestra los resultados de algunas de estas encuestas, realizadas recientemente en España, sobre las que valorar comparativamente la situación de la lactancia materna en nuestra comunidad. La encuesta más amplia realizada en nuestro país hasta el momento es la que se realizó en 1997 a iniciativa del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría en 18 provincias españolas. La recogida de datos se realizó entre aquellos niños menores de un año que acudieron a centros de salud por motivos programados (controles ordinarios de salud o vacunación) durante dos semanas. Si bien los datos recogidos se refieren a la lactancia materna en un sentido amplio (al menos una toma de pecho) y no permiten identificar los distintos indicadores definidos por la OMS, se trata del referente más amplio tanto por el número de provincias incluidas como por el tamaño muestral conseguido.

La figura 3.10 muestra los datos de prevalencia de la lactancia materna mes a mes para el conjunto de España, según esta encuesta, y para Andalucía, según la encuesta de prevalencia de 2004. Como vemos, los resultados de ambas encuestas son muy similares tanto en lo que se refiere a la prevalencia al inicio como a la duración de la lactancia. Asimismo, los factores condicionantes de la lactancia materna identificados son análogos en ambas encuestas. Podemos afirmar, por tanto, que el comportamiento de nuestra comunidad autónoma, en lo que se refiere a las pautas de alimentación infantil, no difiere sustancialmente de los rasgos observados en su entorno más inmediato. En general, con independencia de las variaciones en los datos, explicadas probablemente por las diferencias en la metodología y la fecha de referencia de la encuesta, los resultados muestran un escenario similar en la mayoría de las fuentes de datos consultadas. Este escenario estaría marcado por tasas más o menos elevadas de lactancia materna al nacer que se reducen drásticamente en los meses posteriores, hasta representar menos de uno de cada cuatro niños a los seis meses de edad; una realidad muy distante, como decimos, de las recomendaciones que desde hace años vienen efectuando diversos organismos internacionales.



Foto: Merche Becerra Gordo

Figura 3.10.
PREVALENCIA DE LA
LM EN ANDALUCÍA
Y ESPAÑA. Datos
Retrospectivos

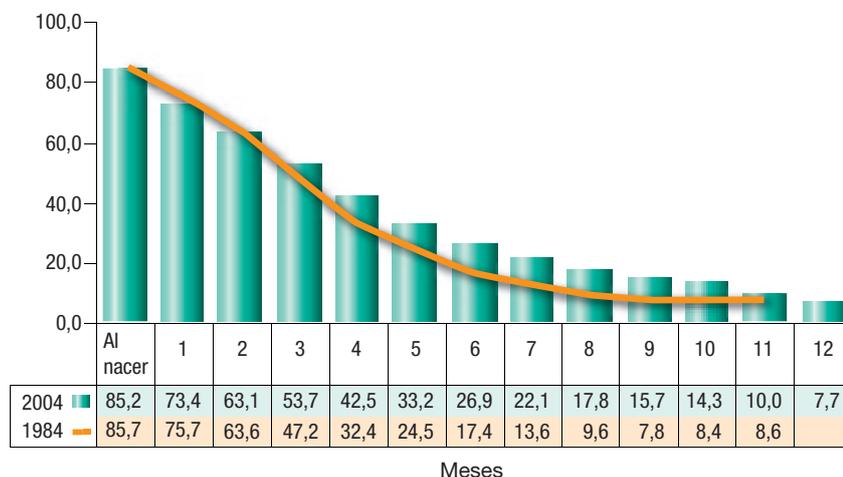


Fuentes: Encuesta de prevalencia del Comité de Lactancia Materna de la AEP¹⁰³. IESA. Estudio CE0404, 2004

Sin embargo, en línea con lo que viene sucediendo en otros países europeos (con la excepción de los países nórdicos que, en relación con este tema, marcan el ejemplo a seguir), también en Andalucía se observa una mejora progresiva de la situación de la lactancia materna en las últimas décadas.

La figura 3.11 representa las cifras de prevalencia de la lactancia materna (completa + mixta o parcial) en Andalucía en 1984 y 2004. Como vemos, la prevalencia de la lactancia materna al nacer era alta en 1984 y se mantiene sin variaciones significativas en 2004. Sin embargo, si bien es cierto que el porcentaje de madres que inician la lactancia en la actualidad es similar al de 1984, el nivel de abandono temprano parece haberse reducido en estos veinte años. En efecto, la similitud en los porcentajes de prevalencia de la lactancia materna en ambos años se mantiene hasta el tercer mes. A partir de este momento, el porcentaje de niños que reciben lactancia materna en 2004 supera significativamente al que muestran los datos de prevalencia de 1984 en todos los segmentos de edad. Este hecho sugiere una tendencia progresiva al aumento de la duración media de la lactancia materna en los últimos años, lo que se traduce en que las madres que inician la lactancia hoy, en contraste con las que lo hacían en 1984, mantienen este hábito durante más tiempo.

Figura 3.11.
EVOLUCIÓN DE LA
PREVALENCIA DE LA
LM EN ANDALUCÍA
(1984-2004).



Fuente: Junta de Andalucía, 1984⁶⁸. IESA. Estudio CE0404, 2004.

Este cambio en el patrón de prevalencia puede obedecer a la combinación de diversos factores, entre los que destacan una mayor información acerca de los beneficios de la lactancia materna y la mejora en la atención sanitaria relacionada. Por un lado, existe un mayor nivel de información y concienciación acerca de los beneficios de la lactancia materna entre los padres como consecuencia de la labor realizada en este sentido por los grupos de apoyo a la lactancia materna, los profesionales sanitarios y las instituciones. Asimismo, esta evolución positiva en la duración de la lactancia materna es consecuencia de las mejoras introducidas en la atención sanitaria en el proceso de embarazo, parto y crianza a través de programas como el de Salud materno-infantil y de Control del niño sano.

Sin embargo, a pesar de la mejora experimentada con respecto a 1984 en los datos de prevalencia de la lactancia materna, lo cierto es que, tal y como se ha señalado a lo largo del capítulo, la situación en Andalucía aún dista mucho de lo recomendado por los organismos internacionales (sólo el 26,9% de los niños andaluces recibe leche materna al sexto mes). Asimismo, la mayoría de las madres es consciente de las ventajas de la lactancia materna y desearía amamantar a sus hijos; sin embargo, en un 15% de los casos no se produce el inicio de la lactancia. En tercer lugar, la mayor parte de las mujeres que inician la lactancia la abandonan de manera muy temprana, entre el primer y segundo mes de vida del bebé. Queda, por lo tanto, mucho margen para la mejora en lo que se refiere a los indicadores de lactancia materna al inicio y de duración de la misma.

En este sentido, se debe seguir incidiendo en el respeto y fomento de las decisiones tomadas por las mujeres en relación a la lactancia, reforzando las medidas de información y promoción de la LM en los servicios de obstetricia y pediatría y fomentando la implantación de la "Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños" y el cumplimiento de los *Diez Pasos* en todos los centros sanitarios donde se produzcan partos. Es importante asegurar, durante la estancia en la Maternidad y al alta hospitalaria, que no se entreguen paquetes comerciales cuyo contenido pueda interferir con la lactancia.

Asimismo, los lactantes amamantados deben ser reconocidos por un pediatra en las primeras 48 horas tras el alta hospitalaria. Esta visita, incluida en el Control del niño sano, debe incluir la observación estructurada de una toma de pecho que incluya la posición de madre e hijo y el agarre y la transferencia de leche, y debería ser aprovechada para tranquilizar a la madre en lo que se refiere al estado nutricional del bebé, explicándole que es normal que en la primera semana de vida se produzca una pérdida de peso de en torno al 7% y que no es necesario introducir ningún tipo de líquido o alimento complementario¹³⁹⁻¹⁴¹. Además, sería muy recomendable incluir una segunda visita de control a las dos semanas con objeto de monitorizar el progreso de la lactancia así como del bienestar del lactante y la ausencia de problemas (grietas, llanto, ictericia, etc.). Como se ha visto, esta es una fase crítica en la que aparecen problemas que, a menudo, ocasionan el abandono de la lactancia o la introducción de sucedáneos. Grietas, pezones doloridos, sensación de hipogalactia así como síntomas de ansiedad materna o depresión

postparto deben ser detectados a tiempo y corregidos adecuadamente a la vez que se refuerza la confianza de la madre y su familia en la lactancia materna.

En todo momento, es importante insistir en el mensaje de que la lactancia materna debe mantenerse de forma exclusiva hasta los seis meses. Ello conlleva explicar y asegurar a las madres y familias que los lactantes amamantados no precisan de suplementos de agua u otros líquidos durante este tiempo, ya que la leche materna aporta al bebé la cantidad necesaria de líquidos, calorías y nutrientes. Junto a esta información, resulta necesario que pediatras y profesionales sanitarios expliquen que el ritmo de crecimiento de los lactantes amamantados puede ser diferente a los patrones empleados con niños alimentados con leche artificial, y que resulta más adecuado utilizar otro tipo de parámetros como el bienestar del lactante y la ausencia de signos de hambre que la tradicional curva de peso. En los casos de ralentización del ritmo ponderal o sensación materna de hipogalactia, se deben descartar problemas subyacentes como el uso de chupetes o tetinas, el espaciamiento de las tomas, problemas con la técnica de lactancia, enfermedad del lactante etc., a las que ha de darse la solución oportuna antes de recurrir a los suplementos de sucedáneos, que no solucionarán el problema e inducirán el abandono de la lactancia en un plazo más o menos corto. En este sentido, la OMS está trabajando en la confección de patrones de referencia de curvas de lactantes de niños amamantados con el objetivo de subsanar este problema de abandono de la lactancia materna, como consecuencia de la utilización de una herramienta que no resulta válida al estar calculada sobre la base del crecimiento de niños alimentados artificialmente¹⁴².

Finalmente, el mantenimiento de la lactancia materna a partir del sexto mes, período que presenta unas cifras de prevalencia especialmente bajas a pesar de haber mejorado con respecto a 1984, debería ser un objetivo adicional a perseguir en el futuro. Una de las metas actualmente recomendadas, es que a partir del segundo semestre, los niños que continúan con lactancia materna reciban, además de la leche materna, otros alimentos atendiendo a las señales de apetito y satisfacción para proporcionar la energía, proteínas y micronutrientes suficientes para sus necesidades nutricionales e introducir sabores y texturas de manera progresiva. Es muy importante recordar, sin embargo, que dichos alimentos complementan y no sustituyen a la leche materna y por ello, al menos hasta que los niños cumplan un año, es aconsejable ofrecerlos tras las tomas de pecho y no forzar su ingesta. Por otra parte, las madres que trabajan fuera de casa deben ser adiestradas, previamente a su incorporación al entorno laboral, acerca de la posibilidad de extracción y conservación de la leche materna para la alimentación del bebé.

Una vez que éste ha cumplido un año, el pediatra puede aconsejar que se ofrezcan los alimentos antes de las tomas del pecho, procurando que el lactante se adapte progresivamente a las costumbres y gustos familiares. Puesto que se recomienda mantener la lactancia materna hasta los dos años o más y la leche materna sigue teniendo propie-

dades nutritivas y calóricas hasta que se produce el destete natural, los profesionales sanitarios y sobre todo el pediatra pueden y deberían dar todo su apoyo a las madres que siguen estas recomendaciones⁶⁵.

En resumen, y a modo de conclusión del capítulo, en función de los resultados obtenidos en la investigación se puede afirmar que las cifras de prevalencia de la lactancia materna al inicio se mantienen en 2004 muy similares a las de veinte años atrás. Esta similitud se mantiene hasta los tres meses de edad, momento a partir del cual existe una mejora en las cifras de prevalencia de 2004 con respecto a 1984 en todos los tramos de edad. Sin embargo, a pesar de esta mejora en la duración de la LM, la distancia que separa la situación en nuestra comunidad de los objetivos recomendados internacionalmente es aún muy amplia. Por todo ello, la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna debe continuar siendo un objetivo de primer orden y se deben multiplicar los esfuerzos realizados, con el fin de potenciar una mejor alimentación de los niños andaluces que repercuta positivamente sobre su salud, no sólo en sus primeros años de vida sino también en el medio y largo plazo.



LA MUJER ANDALUZA ANTE LA LACTANCIA MATERNA

Foto: José Antonio Salom Martín

- 4.1 / Percepciones, actitudes y creencias sobre la lactancia
- 4.2 / La vivencia de la maternidad
- 4.3 / Conflicto de roles en la crisis de la maternidad

La práctica de la lactancia materna está sin duda atravesada por la complejidad y dinamismo que caracteriza la situación de la mujer en nuestros días. Una situación que se caracteriza por la incorporación cada vez más intensa de las mujeres a la vida pública, lo que supone realizar una serie de adaptaciones en su vida privada. En este contexto, la maternidad y la crianza aparece como una etapa en la que pueden hacerse más patentes las dificultades para conciliar los múltiples roles que la mujer desempeña. Es por ello que entendimos que complementar la encuesta realizada con una estrategia cualitativa de investigación nos ayudaría a profundizar en la comprensión del comportamiento de las madres respecto de la práctica de la lactancia materna.

Nos encontramos en un momento de transición entre la llamada cultura del biberón y la reimplantación de la lactancia materna como forma óptima de alimentación infantil. El paso de un estado a otro crea desajustes, incertidumbre y tensiones en las madres que han de decidir qué tipo de alimentación dan a sus bebés, junto a otras muchas exigencias producto de la maternidad y del resto de facetas vitales de la mujer.

Foto: Katy Ribera Benet



En este capítulo analizamos, a partir del discurso de las madres lactantes entrevistadas; con criterios que se detallan en el anexo metodológico, las percepciones y actitudes de las mismas respecto de la lactancia, cómo experimentan la vivencia de la maternidad, y los factores que condicionan el mantenimiento o abandono de dicha práctica.

El perfil de las entrevistadas se refleja en la tabla siguiente:

Tabla 4.1.
Claves identificativas
de las entrevistas

CLAVE	PERFIL
E1	Andalucía Occidental (Sevilla). > 100.000 habitantes. Ocupada. Estudios 3 ^{er} Grado. 33 años. LM + 7 meses.
E2	Andalucía Occidental (Bornos). 5-20.000 habitantes. Ama de casa y temporera. Estudios 1 ^{er} Grado. 25 años. LM hasta 2 meses.
E3	Andalucía Oriental (Pinos Puente). 5-20.000 habitantes. Ocupada. Estudios 3 ^{er} Grado. 29 años. LM hasta 2 meses.
E4	Andalucía Oriental (Granada). > 100.000 habitantes. Ocupada. Estudios 2 ^o Grado. 36 años. LM + 7 meses.
E5	Andalucía Oriental (Las Gabias). 5-20.000 habitantes. No ocupada (rentista). Estudios 3 ^{er} Grado. 37 años. LM + 7 meses.
E6	Andalucía Occidental (Bornos). 5-20.000 habitantes. Ama de casa y temporera. Estudios 1 ^{er} Grado. 30 años. LM + 7 meses.
E7	Andalucía Occidental (Córdoba). > 100.000 habitantes. Ama de casa. Estudios 2 ^o Grado. 38 años. Lactancia Artificial.
E8	Andalucía Occidental (Córdoba). > 100.000 habitantes. Ocupada. Estudios 3 ^{er} Grado. 33 años. LM + 7 meses.
E9	Andalucía Oriental (Marbella). 20-100.000 habitantes. Ocupada. Estudios 2 ^o Grado. 30 años. LM 3 a 7 meses.
E10	Andalucía Occidental (Punta Umbría). 5-20.000 habitantes. Ama de casa. Estudios 2 ^o Grado. 23 años. Lactancia Artificial.
E11	Andalucía Occidental (Villanueva del Rey). < 5.000 habitantes. Ama de casa. Estudios 2 ^o Grado. 24 años. Lactancia Artificial.
E12	Andalucía Occidental (Villanueva del Rey). < 5.000 habitantes. Ocupada. Estudios 2 ^o Grado. 35 años. LM 3 a 7 meses.
E13	Andalucía Oriental (Alhama de Almería). < 5.000 habitantes. Ocupada. Estudios 3 ^{er} Grado. 34 años. Lactancia Artificial.
E14	Andalucía Oriental (Lopera). < 5.000 habitantes. Ocupada. Estudios 3 ^{er} Grado. 36 años. LM 3 a 7 meses.
E15	Andalucía Oriental (Porcuna). 5-20.000 habitantes. Ocupada. Estudios 3 ^{er} Grado. 33 años. LM hasta 2 meses.

4.1. Percepciones, actitudes y creencias sobre la lactancia

De forma paralela a las percepciones de la lactancia materna propias de los profesionales de la salud, la población ajena al ámbito sanitario maneja un conjunto de representaciones sociales y creencias sobre el tema, que influyen de manera relevante en las disposiciones y actitudes de las madres cuando deciden el tipo de alimentación que ofrecen a sus hijos. Por ello, uno de los objetivos de este estudio fue descubrir las percepciones, las actitudes y las creencias que sobre el tema podían mostrar madres que habían tenido un bebé recientemente.

De manera rotunda y explícita, la lactancia materna es percibida por las madres entrevistadas como la manera óptima de alimentar a los bebés. La razón principal es la creencia, muy presente en todos los discursos, de que la leche materna posee unas propiedades superiores a la leche artificial. Esa idea es compartida por todas las mujeres, tanto las que han optado por este tipo de alimentación como las que no lo han hecho. A partir de esa creencia común, las madres entrevistadas difieren en las percepciones de los demás beneficios de la lactancia materna, que no son percibidos ni compartidos de la misma forma por unas y otras.

4.1.1. Beneficios percibidos de la lactancia materna

De las entrevistas realizadas se extrae que las madres perciben como principales beneficios de la lactancia materna las siguientes cuestiones:

-  Desde un punto de vista económico, las madres consideran que la lactancia materna prolongada supone una fuente de ahorro para la economía familiar, ya que permite reducir gastos en preparados y utensilios farmacéuticos.
-  Desde el punto de vista físico y afectivo del bebé, las madres entrevistadas consideran que la lactancia materna permite un mejor desarrollo de su sistema inmunológico, así como un mayor refuerzo del vínculo afectivo materno-filial. Asimismo, algunas de las mujeres entrevistadas manifiestan la creencia de que el niño va a incrementar su seguridad en sí mismo como consecuencia del contacto continuado con la madre. Este contacto, además, permite que el bebé se sienta más protegido en sus primeros meses de vida.

“Sí, yo quería darle el pecho. Lo tenía claro. Porque para el niño es mejor, tiene sus defensas... por temas tan fáciles como el económico también... O sea, si el bebé es un bebé seguro de sí mismo luego lo va a tener mucho más fácil en la vida.” (E1)

-  Desde el punto de vista afectivo y psicológico de la madre, en el discurso de algunas de las entrevistadas se percibe la lactancia materna como una fuente de

refuerzo y satisfacción personal. El hecho de saberse proveedora de alimento y felicidad redunda en un incremento en la seguridad y en la autoestima de la madre, no sólo en lo que concierne a la crianza, si no también en otras esferas de su vida. En cualquier caso este discurso no es mayoritario; así, la mayoría de las madres justifican las bondades de la lactancia exclusivamente por los beneficios para el bebé.

“Psicológicamente te da mucho poder. O sea, de una manera u otra tú imagínate lo que es saber que tú, simplemente tú, puedes hacer feliz a una persona y puedes librarle de todo mal... Y si le das el pecho es que es incluso su comida ¿no? O sea todo lo que necesita para ser feliz se lo puedes dar tú. Y eso te da una sensación de poder, en el sentido placentero muy...” (E1)

- Desde el punto de vista físico de la madre, el beneficio más reconocido por las entrevistadas es el hecho de que esta actividad previene el cáncer de mama.
- En cuanto a la práctica misma se refiere, en algunos de los discursos analizados se observa que la lactancia materna puede resultar más cómoda que la lactancia artificial. Se trata de una práctica que no requiere de tantos utensilios ni preparativos porque el alimento siempre está disponible.

Como señalamos en el comienzo de este epígrafe, en todos los discursos analizados es notoria la asunción de que la leche materna posee más propiedades beneficiosas para la salud física del bebé que la leche artificial. Aun siendo una creencia muy arraigada y unánime, cuando se profundiza en ella y se pregunta a las madres cuáles son dichos beneficios, las respuestas son relativamente vagas y escuetas, sobre todo por parte de las mujeres con menor nivel cultural y de las mujeres que han optado por la lactancia artificial como forma de alimentación para sus bebés.

Todas las entrevistadas aluden a las propiedades inmunológicas de la leche materna. La forma predominante en la que se expresan estas propiedades es que “la leche materna da más defensas al bebé”. Únicamente las entrevistadas con mayor nivel de información sobre la lactancia materna aluden a otro tipo de beneficios para la salud del niño, como una mejor asimilación de esta leche en el estómago. En algún caso aislado, los beneficios de la leche materna se explican indicando que ésta aporta más alimento que la leche artificial, en el sentido de que favorece el crecimiento de los bebés.

Resumiendo, podríamos concluir que todas las madres son conscientes de la superioridad de la lactancia materna para la salud del bebé, perciben con más intensidad los beneficios a corto plazo, y tienen menos conocimiento y conciencia de los efectos positivos para la propia madre.

4.1.2. Inconvenientes percibidos de la lactancia materna

Las mujeres entrevistadas también perciben inconvenientes en la lactancia materna; en general, la verbalización de los inconvenientes surge de manera más solapada, y no son expuestos de forma tan directa como en el caso de las ventajas. Este hecho desvela que la creencia en las virtudes de la lactancia materna está muy arraigada ya que la manifestaciones desfavorables hacía ella son vividas como algo inadecuado, algo mal visto socialmente o que puede tener algún tipo de sanción moral. Las percepciones sobre las desventajas no coinciden ni tienen la misma influencia en las actitudes de las madres.

Existe un amplio consenso, incluso entre aquéllas que muestran un discurso y una actitud muy proclives a la lactancia materna, sobre el esfuerzo físico que implica dar el pecho a los bebés. También existe consenso en calificarla como una práctica que resta a la madre tiempo y autonomía para realizar otras tareas. Este es un factor destacado y relevante para todas las mujeres entrevistadas, por lo que más adelante lo desarrollamos con más profundidad.

“Hay veces que me siento cansada y hay veces que siento que no tienes tiempo para nada más... supone que tú tienes una hora de cada tres.. no es que tu vida sea solamente alrededor del niño, es que no tienes tiempo para ninguna otra cosa. Y todo lo tienes que hacer en relación a él... Yo no conozco nada más cansado que ser madre.” (E1)

Resulta recurrente la contradicción entre comodidad/incomodidad asociada a la lactancia materna. Dar el pecho es visto como una actividad engorrosa, incómoda para llevar a cabo en cualquier lugar y, al mismo tiempo, como una actividad más sencilla y factible que dar el biberón, por la necesidad de utensilios y preparativos que conlleva esta última opción. En cualquier caso, el hecho de que la lactancia artificial pueda ser llevada a cabo por otras personas la hace una opción más cómoda, según manifiestan las propias madres.

Una cuestión en la que se observan diferencias notables, según el grado de convicción acerca de la lactancia materna, es la práctica de dar el pecho en público. En general, cuanto mayor es la confianza de la madre en este tipo de alimentación, menor es la preocupación sobre lo que puede provocar en los demás el dar de mamar públicamente. Aunque es una cuestión relevante para la mayoría de las entrevistadas, existen diferencias en la importancia que se le da a este hecho y en la inhibición que provoca, así como divergencias en cuanto a los espacios considerados como públicos y los espacios considerados como privados.

La mayoría de las entrevistadas no se sienten cohibidas para dar el pecho en el entorno familiar, pero algunas de ellas sí muestran reparo en dar el pecho ante los hombres de su familia: padre, hermanos, cuñados...— y, por extensión, ante cualquier hombre. Algunas

de ellas, han pasado por varias etapas con respecto a esta práctica, desde el retraimiento y el pudor iniciales, en los primeros momentos de dar el pecho, hasta la desinhibición después de haber probado en varias ocasiones a dar de mamar públicamente.

Desde un punto de vista estético, las entrevistadas consideran que la maternidad deteriora el físico de la madre. En concreto, cuando aluden a la lactancia materna, algunas de las madres coinciden en que el pecho es la parte del cuerpo más afectada. Las referencias más comunes que surgen en los discursos se centran en que, debido a la subida de la leche y a los cambios en las proporciones del pecho, aparecen estrías en la piel, flaccidez y laxitud. A pesar de que ninguna de las mujeres entrevistadas afirma que ésta haya sido una razón que provocase su renuncia a dar el pecho; algunas de ellas, sobre todo las más jóvenes, aseguran que otras mujeres han decidido no dar de mamar a sus bebés para que sus pechos no se deformen. El que las entrevistadas aleguen esta razón solo para otras mujeres podría, como más adelante analizamos, mostrarnos más la falta de legitimidad moral que las madres atribuyen a este argumento que la influencia real de este hecho en su propia decisión.

“Porque no lo he hablado con muchas mujeres embarazadas para saber por qué optan por una cosa o por otra. Se que algunas lo hacen por cuestiones de cuerpo suyo, para que no se estropee su cuerpo. Conozco algún caso”. (E8)



Foto: Javier Pedro Fernández Ferrer

4.1.3. Razones explícitas y/o implícitas del fracaso, de los obstáculos o de la interrupción de la lactancia materna

A partir de las consideraciones sobre las ventajas y los inconvenientes podemos extraer las razones que, según las madres, impiden o dificultan la lactancia materna. Pasamos a relatarlas, especificando si se tratan de argumentos desplegados explícita o implícitamente.

Según los discursos de las entrevistadas, podemos distinguir dos niveles de dificultad para dar el pecho. En primer lugar, se englobarían las dificultades que constituyen impedimentos para la lactancia natural; y en segundo lugar las dificultades que causan interrupción o limitaciones en alguna de las tomas del pecho. Comenzamos exponiendo los impedimentos.

Las mujeres con una actitud más favorable hacia la lactancia materna, resaltan la falta de contacto con el recién nacido tras el parto y en los momentos inmediatamente posteriores como factor que inhibe este tipo de lactancia; esta afirmación coincide con los datos obtenidos en el estudio cuantitativo. Este argumento es escasamente empleado en el caso de las mujeres que han abandonado este tipo de lactancia en un periodo corto de tiempo o que han optado por la lactancia artificial desde el nacimiento de sus hijos.

“Mi niño en el hospital no se enganbaba al pecho. Creo que yo a mí, el que no me lo dieran desde el principio, y luego la primera noche estaba muy, muy, muy cansada, porque había perdido mucha sangre, se quedó mi madre conmigo. Y mi madre, para dejarme a mí descansar, tuvo al niño todo el tiempo en brazos para que no llorara y no me lo dio... Y entonces tardó mucho el niño en estar en contacto conmigo.” (E1)

Uno de los impedimentos que aparece de forma mayoritaria es el de la difícil compatibilidad entre la actividad laboral y la práctica de la lactancia materna, especialmente cuando la primera aparece como un elemento central en la vida de las madres. Este hecho fue puesto de manifiesto, igualmente, por las madres encuestadas telefónicamente, siendo motivo de abandono de la lactancia la reincorporación a su puesto de trabajo al finalizar la baja maternal. En el cualitativo, dicha razón es expuesta tanto implícita como explícitamente por todas las mujeres entrevistadas que trabajan fuera del hogar. Además, afecta en dos planos: en el plano personal, es decir, las madres consideran que el trabajo fuera del hogar es un elemento esencial en sus vidas, al que no quieren renunciar; y en el plano social, debido a que, según las entrevistadas, actores sociales de diversa índole —como pueden ser legisladores y empresarios, entre otros— no otorgan la importancia necesaria a la crianza de los niños, priorizando el cumplimiento de las obligaciones profesionales.

Las mujeres entrevistadas ponen de relieve la presión de la llamada “cultura del biberón”, que todavía viven las madres en la actualidad. Aunque ellas no experimentan esta pre-

sión de una manera tan exacerbada como la experimentaban las mujeres que tuvieron hijos hace unas décadas, también se topan cotidianamente con discursos en los que se exaltan las virtudes de las fórmulas artificiales. Según las entrevistadas, estos discursos provienen principalmente de dos fuentes: de sus propias madres, es decir, de las abuelas de los bebés, y de las revistas dedicadas a la maternidad.

“El tema es que a mí me ha pasado, entre comillas, que en mi entorno familiar nadie ha dado el pecho, porque no lo veían como... O sea, el tema de que yo dé el pecho al niño, en mi entorno familiar ha sido como que yo me he empeñado.” (E1)

Debemos destacar que el hecho de que las abuelas hayan alimentado a las madres entrevistadas con leche materna no garantiza que éstas alimenten a sus hijos de igual modo. Es decir, las abuelas que no han interiorizado la cultura del biberón no son suficientemente influyentes o decisivas para provocar que sus hijas se decanten por la leche materna, si éstas han decidido optar por la leche artificial.

Como se ha señalado en el diseño técnico-metodológico de la investigación, las entrevistas se han realizado tanto en entornos urbanos como en entornos rurales de diversos tamaños. En las poblaciones más pequeñas y en familias de posición social más baja, es donde se encuentran más casos de abuelas que no han interiorizado la cultura del biberón. Por no ser éste el objeto del presente estudio, no nos detendremos a profundizar en esta cuestión. Dejamos expuesta la sugerencia de analizar en posteriores investigaciones los hábitat y las clases sociales que se han visto más afectadas por dicha cultura.

Por otra parte, cuando las abuelas tienen interiorizada la cultura del biberón, tanto las madres con una actitud muy favorable a la lactancia natural como las madres más reticen-



Foto: Javier Bonet Manrique

tes hacia ella, han de luchar contra las indicaciones y las presiones de dichas abuelas a la hora de dar el pecho. Si el contacto con las abuelas es frecuente, la presión incrementa la inseguridad de la madre, debido a que las abuelas suelen estar presentes cuando las madres dan el pecho a sus hijos, y emiten valoraciones y comentarios sobre la lactancia.

“Y realmente para mi madre fue una experiencia traumática porque a mí, no para de decirme: “Luego lo tendrás que ayudar con el biberón artificial. O sea, ella está esperando en todo momento que yo el pecho me va a fallar.” (E8)

Existe unanimidad entre las entrevistadas sobre la situación de debilidad física y anímica que han vivido cuando llegaron a sus casas después de dar a luz. Esta situación se acentúa cuando el parto ha sido complicado y la madre ha sufrido un deterioro notable. Algunas entrevistadas aluden explícitamente a esta situación como impedimento a la hora de dar el pecho; otras, sin ser tan concluyentes, relatan que su estado al regresar a casa desde el hospital, no era el más adecuado para la práctica de la lactancia materna.

A esa debilidad física y anímica que relatan las madres, se le añade la descripción de sus casas al regresar del hospital como ambientes poco apropiados para el descanso y la relajación. A la llegada a casa con el bebé le suceden visitas familiares y de amistades. Estas situaciones afectan a la práctica de la lactancia materna en tres sentidos. En primer lugar, algunas de las entrevistadas manifiestan que se sentían cohibidas de dar el pecho en público, como hemos apuntado anteriormente, sobre todo en presencia de hombres. En segundo lugar, las entrevistadas también hacen referencia a la tensión que sufrían cuando daban el pecho porque las mujeres que les visitaban formulaban comentarios, sugerencias y discrepancias sobre la manera de dar el pecho o sobre qué tipo de lactancia es la más apropiada: la natural o la artificial. En tercer lugar, las visitas son apreciadas por gran parte de las entrevistadas como un gesto de gentileza, apoyo e interés de las personas que les visitan. Por lo tanto, las madres entienden que les deben prestar atención y atender adecuadamente. Así, las visitas se convierten en una fuente más de trabajo y cansancio, a la par que quitan tiempo de atención a sus bebés. Bastantes mujeres entrevistadas han postergado el momento de dar el pecho por pudor, tensión y/o cortesía hacia las visitas.

“Pero lo que no puede hacer una madre es parir; irse a su casa a cuidar el niño y encima ponerte a picar jamón a la gente que venga a la casa.” (E1)

Las entrevistas dan cuenta de manera notoria de un obstáculo substancial: la creencia de que la lactancia materna es una práctica natural que no hay que aprender, que se puede llevar a cabo de forma automática y sin preparación ni conocimientos previos. Únicamente, son las mujeres con una actitud muy favorable a la lactancia natural –y con un nivel alto de

información sobre el tema- las que comentan abierta y explícitamente el hecho de que esta creencia impide a las mujeres prepararse e informarse antes de dar a luz.

“Claro, es que sale de una, de la madre. Que no es para aprender eso como si... Creo yo”. (E10)

“La sensación que tienes es que en cuanto el niño nazca se tiene que enganchar al pecho y si no se engancha es que hay un problema. Mientras que no es cierto, es como lo de andar o como... No sé, como... Agarrar cosas, por ejemplo, un aprendizaje y no todos los niños aprenden al mismo tiempo”. (E1)

Esta creencia de la innecesariedad del aprendizaje tiene importantes consecuencias, pues disuade de la búsqueda de soluciones ante las dificultades en la lactancia. Así, la mayoría de las madres entrevistadas —incluso las que han mantenido la lactancia materna durante más de cuatro meses— señalan que entre las causas más frecuentes de fracaso de la misma es que “el niño no se engancha”, que “el niño no se agarra al pecho”, que “al niño el pecho no le gustaba” o que “ese pecho no valía para dar de mamar”. Es decir, al ser interpretada la lactancia materna no como un aprendizaje, sino como un saber innato y automático, ante cualquier dificultad o problema en su práctica, la causa para dar cuenta del fracaso se refiere a que o bien el niño no era proclive a mamar o bien el cuerpo de la madre no estaba preparado para dar de mamar. Este hecho provoca decepción en la madre y la desanima, renunciando a nuevos intentos.

“No, enseguida la leche... La subida fue muy floja, no me... Me subió pero tres días fue lo que me duró.... Ya no tuve más”. (E2)

De los discursos de algunas entrevistadas se desprende la consideración implícita de que la leche artificial alimenta mejor a los niños porque éstos la ingieren de manera más fácil y continuada, sin tantas interrupciones como cuando maman. Algunas madres manifiestan sentirse más tranquilas dando el biberón porque, de alguna manera, “controlan” la cantidad de alimento que ingiere el niño: en el biberón se ve el volumen de líquido que se le da al bebé; en el pecho, no. La preocupación porque el bebé se quede con hambre es común a la mayoría de las madres entrevistadas.

“Si, abí lo cogió que vamos, lo cogen, y se lo daba yo cuando ya estaba en la habitación, se lo daba pero le tenía que meter el biberón, un biberoncito que te dan, se lo metía detrás y ya eso todos los días que estuve en el hospital, que estuve tres días y ya cuando me vine a mi casa igualmente, yo le daba sus dos pechos, luego su biberoncito, pero la niña cada vez que se irritaba más, es que sería que ya ella tendría más hambre...” (E2)

“De leche artificial. Porque la mía no creo que le barte tanto, de verdad. Porque tengo la sensación de que no le barta. No le sacia.” (E9)

“Que eso que es que es una cosa, por ejemplo el biberón es que es una de las cosas que sabes lo que come, no?, porque tu lo ves, está tu cantidad, tu tablita, pero en el pecho, de hecho como el niño se para también, como se cansa, no?” (E3)

Entre las entrevistadas, las mujeres con niveles culturales más altos tienden a clasificar la alimentación desde el criterio de la calidad de los alimentos y de sus beneficios en el desarrollo del bebé, beneficios que no tienen por qué evidenciarse en el aspecto de éste. Las mujeres con menor nivel de estudios clasifican la alimentación según los criterios de cantidad de alimentos ingeridos y de aspecto físico del lactante. Por ello, este segundo grupo de mujeres conecta en mayor medida con la lactancia artificial, ya que el biberón les asegura la cantidad exacta que ingiere el bebé. Además, para este grupo de mujeres la alimentación se relaciona fundamentalmente con la salud física del niño, y no tanto con su salud afectiva o sus capacidades intelectuales. Por tanto, los beneficios afectivos que puede aportar la lactancia materna se relegan a un segundo plano.

Existe otro factor que dificulta la incorporación de la lactancia natural como práctica habitual de alimentación infantil. Entre las entrevistadas, muy pocas mujeres hacen referencia a los beneficios para la salud del niño a largo plazo. Cuando se mencionan las propiedades inmunológicas de la leche materna, se entiende que dichas propiedades son efectivas durante el tiempo que se da de mamar, sin que exista una continuidad de dichos beneficios en la salud del bebé una vez que deja la lactancia materna y comienza a tomar otro tipo de alimentos.



Una vez expuestas las razones que obstaculizan la lactancia materna, desprendidas de los discursos de las entrevistadas, abordamos las causas que pueden provocar la interrupción o limitación de las tomas, una vez que se ha iniciado la lactancia.

Como razón explícita, se menciona la falta de tiempo y de entornos idóneos para dar el pecho cuando la mujer que trabaja fuera del hogar se reincorpora a su puesto de trabajo al finalizar la baja maternal.

“Yo sé que si el niño va engordando pues hasta los seis meses podría estar simplemente con leche materna, no tendría por qué meterse los cereales, lo que pasa es que para mí no es una opción porque yo vuelvo a trabajar”. (E1)

Para algunas de las mujeres con una actitud más favorable y activa hacia la lactancia materna, y que al mismo tiempo desean hacerla compatible con su trabajo fuera del hogar, existen desajustes entre la normativa laboral y socioeconómica. Señalan que los plazos de matriculación de los bebés en las guarderías son demasiado rígidos, lo que en ocasiones impide que éstos se incorporen a las mismas al cumplir los cuatro meses. Denuncian también fallos en las leyes de conciliación de la vida laboral y familiar que afectan directamente a la lactancia materna.

“...las leyes de conciliación de vida laboral y familiar son como parches para el momento, pero no están pensando en la vida laboral de la madre. Están pensando en que la madre pueda atender al niño, no en la vida laboral de la madre. Y yo también soy una persona, además de madre, tengo una vida. Y no se piensa en esa vida de la madre en absoluto, desde mi punto de vista” (E1)

Algunas entrevistadas señalan que la supresión de alguna de las tomas de leche materna cuando las mujeres se reincorporan a su puesto de trabajo provoca además una disminución de la cantidad de leche que producen, lo que, según ellas, dificulta la práctica de la lactancia, así como que el niño se quede satisfecho cuando se le da de mamar.

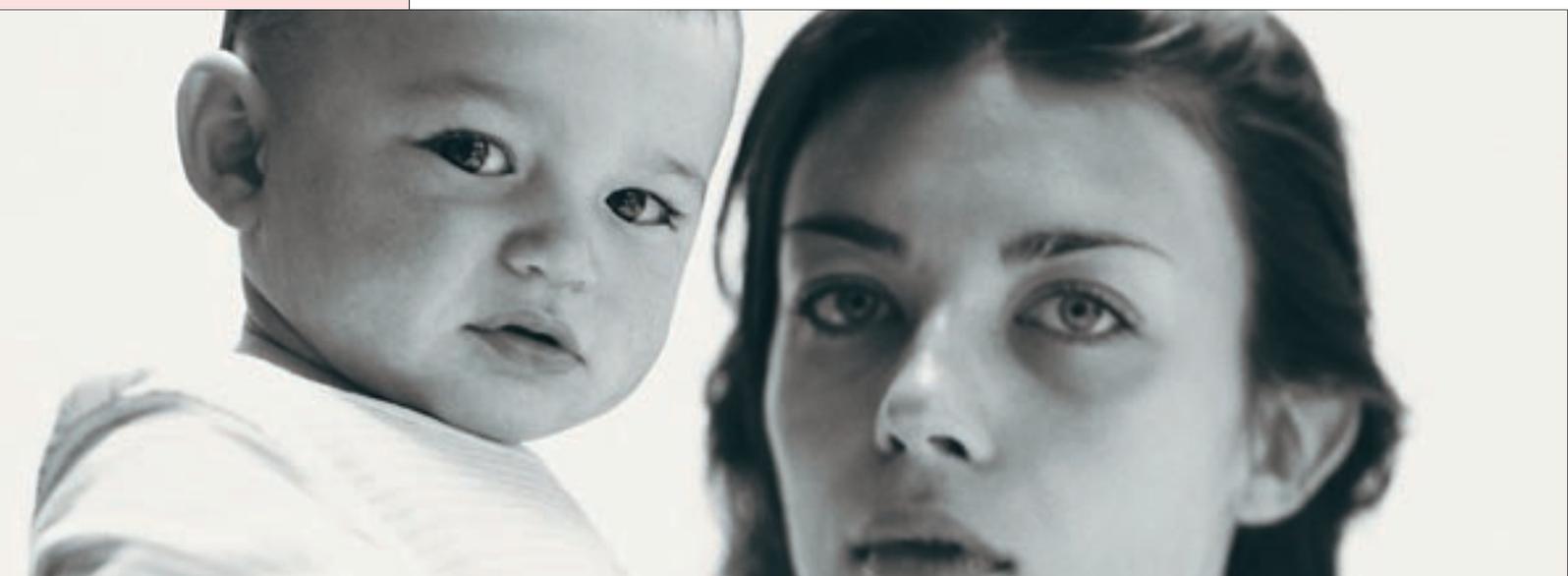
Como razón implícita, de los discursos analizados se deduce que a partir de cierta edad del bebé (que varía según las entrevistadas, rondando los cuatro o los seis meses), la leche materna es percibida como un alimento suplementario, como un complemento a los preparados farmacéuticos, y no como la fuente de alimentación principal del niño: a partir de esos momentos, se le denomina “postre”.

La experiencia anterior con la lactancia materna se configura como un factor predisponente u obstaculizante de la misma en función de si ésta resultó positiva o no. Cuando

las madres han vivido la lactancia natural de un bebé anterior como una experiencia negativa, se configuran una serie de expectativas que hacen que se muestren reticentes a dar el pecho a los siguientes. En estos casos, la duración de la lactancia materna suele ser menor, o incluso hay ocasiones en que las madres renuncian a dar el pecho antes del nacimiento por el recuerdo que guardan de la lactancia natural de su anterior bebé.

“Que tengo uno con seis años y fue igual que éste. Que no por tener más tiempo; o sea, por ser yo más mayor o por ya haber tenido uno y tener más experiencia... No me ha ido mejor... he dado el pecho el mismo tiempo y con los mismos resultados.” (E14)

Este no es al caso de las madres que han vivido una experiencia positiva con respecto a la lactancia materna. Si la experiencia es recordada como satisfactoria, las madres manifiestan que, al menos, intentan dar de mamar a sus siguientes hijos el mismo tiempo que le dieron al otro.



4.2. La vivencia de la maternidad

La vivencia de la lactancia materna ha de ser vinculada a procesos sociales más amplios, más generales, que tienen que ver con la situación presente de las mujeres así como con las diversas representaciones y prácticas sociales relacionadas actualmente con la maternidad. Los discursos de las madres entrevistadas dan cuenta de dichos procesos, que median y redefinen las condiciones en las que son posibles los dos tipos de lactancia, la natural y la artificial. En este sentido, conviene no perder de vista las alusiones que surgen en los discursos de las entrevistadas sobre cuál es su realidad social. De los discursos analizados se deduce que las madres perciben el

momento histórico que viven como un momento de transición entre dos formas de vida que presentan muchas contradicciones, al tiempo que se hacen eco de esas contradicciones vividas en la cotidianidad.

Antes de profundizar en este análisis quisiéramos remarcar un dato para no sobrevalorar las diferencias que vamos a reseñar, y es el de la relativa homogeneidad de la vivencia que estamos analizando. Existe un conjunto de aspiraciones, obstáculos y percepciones que se repiten en todo el colectivo de madres. Tres elementos principales formarían parte de este consenso que no se ve esencialmente modificado por ninguna de las variables diferenciadoras de los perfiles: la voluntad de control y protagonismo de la experiencia de embarazo, parto y lactancia, la actitud favorable a la lactancia materna y las tensiones e inseguridad con la que viven la nueva situación son bastante similares. Dicho esto, existen diferencias, y a su análisis dedicamos las próximas páginas.

A continuación, se exponen las transformaciones y los factores sociales a los que se han referido las mujeres entrevistadas en relación con la lactancia. El primero de ellos remite a los cambios recientes en la definición social y en la vivencia personal de la maternidad. La mayoría de las entrevistadas coinciden al destacar que ellas ya no desempeñan el mismo papel de madres que tenían sus propias madres o sus abuelas. Son madres *diferentes*. Para ser precisos, hay que destacar que de esta idea se desmarcan aquellas mujeres que muestran un estilo de vida más cercano al de las madres tradicionales, es decir, mujeres que no han trabajado fuera del hogar de manera regular, con un nivel bajo de estudios y con poca movilidad geográfica. En general, estas mujeres viven el hecho de tener pareja como algo naturalizado, como una etapa más en su trayectoria vital. De igual manera se asume la decisión de tener hijos. La propia vida no es definida como un conjunto de elecciones personales sobre el estilo de vida que más satisface a la mujer, como sí es definida por las mujeres con formas de vida menos tradicionales. Del discurso de estas últimas se desprende que la decisión de tener hijos es una decisión más cuestionada, reflexionada, tanto por la propia mujer como por la pareja.

Esta circunstancia resulta muy esclarecedora de las posteriores actitudes de las mujeres acerca de la búsqueda de información sobre el embarazo, el parto y la crianza. La elección del momento, la pareja, el lugar —por citar algunos de los elementos— adecuados para tener un hijo, suele estar vinculada a la reflexión y al cuestionamiento de las formas de crianza y alimentación. El grado de cuestionamiento de los mensajes sobre las formas de alimentación infantil es mayor entre estas mujeres. Por supuesto, también afecta considerablemente a la convicción con la que se adopta un tipo de lactancia u otra. De tal manera que, tanto si se opta por la lactancia artificial como por la natural, las decisiones se mantienen con más firmeza, a pesar de los obstáculos y los impedimentos que surgen cuando esa decisión es llevada a la práctica. Aunque la mayoría de las entrevistadas que responden habían optado por la lactancia materna, en este grupo también se encuentran mujeres que han optado por la lactancia artificial.

El colectivo de mujeres con formas de vida más tradicionales, a pesar de permanecer en casa más tiempo y dedicar también más tiempo a la crianza de los bebés —lo que facilita a priori un ambiente más adecuado para dar el pecho— no destaca por tener una actitud más favorable hacia la lactancia materna. La cultura del biberón penetró con tanta fuerza décadas atrás, incluyendo en su ámbito de influencia a casi todas las mujeres independientemente de su condición social, que ha afectado de la misma manera a las mujeres con formas de vida más tradicionales.

“Y realmente para mi madre fue una experiencia traumática porque a mí no para de decirme: Luego lo tendrás que ayudar con el biberón artificial. O sea, ella está esperando en todo momento que el pecho me va a fallar” (E8).

Los cambios en los roles de la mujer provocan desajustes en la crianza para el grupo de mujeres con formas de vida menos tradicionales. Como veremos más adelante, estas mujeres expresan ciertas contradicciones y problemas cotidianos para compatibilizar el estilo de vida que tenían como referente antes de dar a luz con las necesidades del bebé, a pesar de que la decisión de tener un hijo haya sido muy madurada.

Si nos fijamos en las actitudes hacia la lactancia, encontramos un grupo de mujeres que se sitúa, por sus prácticas cotidianas y por su estilo de vida, a medio camino entre los dos grupos descritos. Son mujeres que se caracterizan por su defensa de la lactancia materna, tanto en el nivel discursivo como en el nivel práctico. Muchas de ellas establecen redes informales de apoyo a la lactancia materna, mediante las cuales difunden información sobre la misma y se enseñan entre ellas técnicas y aprendizajes sobre este tipo de lactancia. Son, además, una fuente de apoyo emocional destacada en los momentos posteriores al parto, en las fases tempranas de la crianza de los bebés. Aunque en principio parecen adecuarse al perfil de las mujeres con formas de vida menos tradicionales, cuando deciden tener un hijo establecen la maternidad como lo primordial en sus vidas —al menos hasta que el bebé no cumple los dos años—, por lo que le dedican prácticamente todo su tiempo y esfuerzo. En las entrevistas realizadas a mujeres que se pueden englobar en este grupo, manifiestan que tras el parto optan por abandonar temporalmente su trabajo fuera del hogar para poder atender con más dedicación a sus hijos. Por supuesto, la posibilidad de no trabajar es favorecida si la situación económica de la familia es holgada, de tal manera que un miembro de la pareja puede dejar de ingresar dinero por su trabajo fuera del hogar, situación que, pensamos, lleva a marcar una desigualdad en la posibilidad de elegir la forma de crianza de los hijos, según capacidad socioeconómica.

Estas mujeres tienen un alto convencimiento sobre la forma de atender a sus hijos, y manifiestan que el hecho de dedicarse completamente a su atención y cuidado, les compensa por las posibles pérdidas de relaciones sociales o de experiencias ajenas

a la crianza de los bebés. Junto con las madres con formas de vida más tradicionales, son estas madres las que se autoperciben en menor medida como sujetos frágiles en la crianza de los niños. Aún así, también manifiestan sentimientos de fragilidad y pérdida de control sobre un proceso vital tan significativo, como veremos a continuación.

La madre: actriz secundaria en el proceso.

De los discursos de las mujeres entrevistadas se deduce que, durante el parto y los momentos inmediatamente posteriores al mismo, se han sentido como actrices secundarias del proceso. En ambos momentos se produce un cambio brusco con respecto al proceso de embarazo, que si bien ha tenido siempre apoyo médico y profesional, se ha caracterizado por el protagonismo de la mujer como parte activa del mismo. Y esto es así verbalizado, de diferentes maneras y con mayor o menor precisión, por la mayoría de las entrevistadas. Se produce, en palabras de una de las entrevistadas, un auténtico “secuestro de la experiencia del parto”, en el que la mujer cumple más un papel de espectadora que de protagonista.

“Yo no conté en mi parto absolutamente para nada. Porque era un parto instrumental, donde el pediatra empujaba mi abdomen y yo lo viví un poco como un secuestro, donde nadie me decía qué estaba pasando. Lo entiendo porque fue muy rápido además. Tuvo que ser así y gracias a eso tanto el niño como yo estamos bien. Pero a mí me hubiera gustado pues tener un parto en el que padre estuviera conmigo, y poder coger a mi niño... y sentir, sentirlo ahí, pringarme con él y que él se pringara conmigo.” (E1)

“Ninguna de ellas se dio cuenta de que yo no tenía la epidural y, claro, allí llegaron ellas, ¿no?, y nada más llegar el turno, pues nada, hablando de su fin de semana, que no sé qué, que no sé cuántas, mogollón de gente en una habitación muy pequeña. Nadie haciéndome caso, ¿no? Yo decía que me dolía, claro, es que me dolía.” (E5)

La sensación de sentirse apartada de su papel protagonista y activo durante el parto es más frecuente en el caso de las mujeres que manejan más información sobre el embarazo, el parto y la crianza. Este hecho se refleja muy bien en las percepciones tan diferentes que muestran las mujeres entrevistadas acerca del tiempo que transcurre desde que dan a luz hasta que tienen el primer contacto con el bebé: para algunas mujeres el tiempo en el que “las preparan” es demasiado, quieren tener al bebé con ellas nada más nacer; otras mujeres lo ven normal.

En estos momentos se producen dos de los déficits que condicionan el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en el futuro. Por un lado las insuficiencias de contacto físico entre la madre y el bebé y, por otro, las carencias en cuanto a asesoramiento y aprendizaje de la lactancia, situación que también ha sido detectada en la fase cuantitativa de esta investigación.

En cuanto al hecho de facilitar el contacto físico entre la madre y el bebé en los primeros momentos tras el parto, podemos afirmar en base a las entrevistas realizadas, que esta práctica es llevada a cabo en la mayoría de los casos. Es en las horas sucesivas en las que, bien por problemas de la madre o del bebé, es frecuente que se produzca una separación entre ambos.

En cuanto al asesoramiento y el aprendizaje de la lactancia materna, en los quince casos estudiados encontramos diferencias en la atención de los profesionales durante esas primeras horas. En algunos casos se limita a una recomendación verbal a iniciar la lactancia, en otros se le ayuda a dar las primeras tomas con indicaciones técnicas. Las mismas no se producen de forma homogénea en todos los casos, y parecen depender de la disponibilidad y voluntad del personal sanitario. En cualquier caso no se produce una asistencia protocolizada que garantice una aproximación con mayor certidumbre por parte de la madre a la práctica de lactancia en un momento clave en dicho proceso.

“Porque yo no pude ni hablar durante un par de horas. No hay nadie, no entra nadie, no te dicen nada, ni siquiera te preguntan... Si ven que estás bien y estás dando el pecho, igual te dicen: bueno, ya sabes hacerlo. Y no dicen nada, pero ni siquiera preguntan.” (E4)

Por los discursos de las entrevistadas, existen muchas diferencias entre unos hospitales y otros en referencia a la lactancia materna, tanto en la difusión de la información, como en la promoción de la lactancia a nivel verbal como en el apoyo a las prácticas de lactancia. En general, no se da información a las madres. Cuando se da, es una información de apoyo a la lactancia, como sentencia verbal, no se acompaña de prácticas orientadas a enseñar a dar el pecho o a explicar el proceso de lactancia.

En cualquier caso, con mayor o menor normalidad, la mayoría de las madres practican la lactancia en el momento del alta del hospital. Más significativo es lo que ocurre a partir de ese momento, especialmente en aquellos casos en los que se comienzan a producir problemas o dificultades en las tomas que suelen concluir con el abandono de las mismas. Dichas dificultades, como se ha visto en el capítulo de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía, se refieren en muchos casos a la percepción de falta de leche, aparición de estrías en el pezón, dolor en las mamas durante la tomas etc. Estos obstáculos y las incertidumbres de la madre sobre la suficiencia de la alimentación que está llevando a cabo, haciendo abstracción ahora de los factores exógenos, son las



aducidas para el abandono de la práctica. Las decisiones de iniciación de la lactancia mixta y de la artificial suelen ser tomadas por las madres, en muchos casos sin el asesoramiento de ningún profesional. Cuando realizan alguna consulta a los profesionales sanitarios, bien antes bien después de realizado el cambio, encuentran disparidad de respuestas. Obviamente las peculiaridades de cada caso fundamentan parte de esta disparidad, pero en cualquier caso no hay una correspondencia entre la prioridad que los profesionales dan a la lactancia materna y el asesoramiento que reciben las madres en estos momentos. Las consultas no consiguen evitar el abandono de la práctica, ni las madres tras las mismas tienen conciencia de incurrir en errores causantes de las dificultades referidas. Este hecho no es interpretado por la mujer como un respeto a su decisión, sino más bien como la no consideración del abandono de la lactancia materna como un problema. Problema que podría haber sido resuelto con la adecuada atención, de haber sido identificada y atendida la demanda encubierta de la madre.

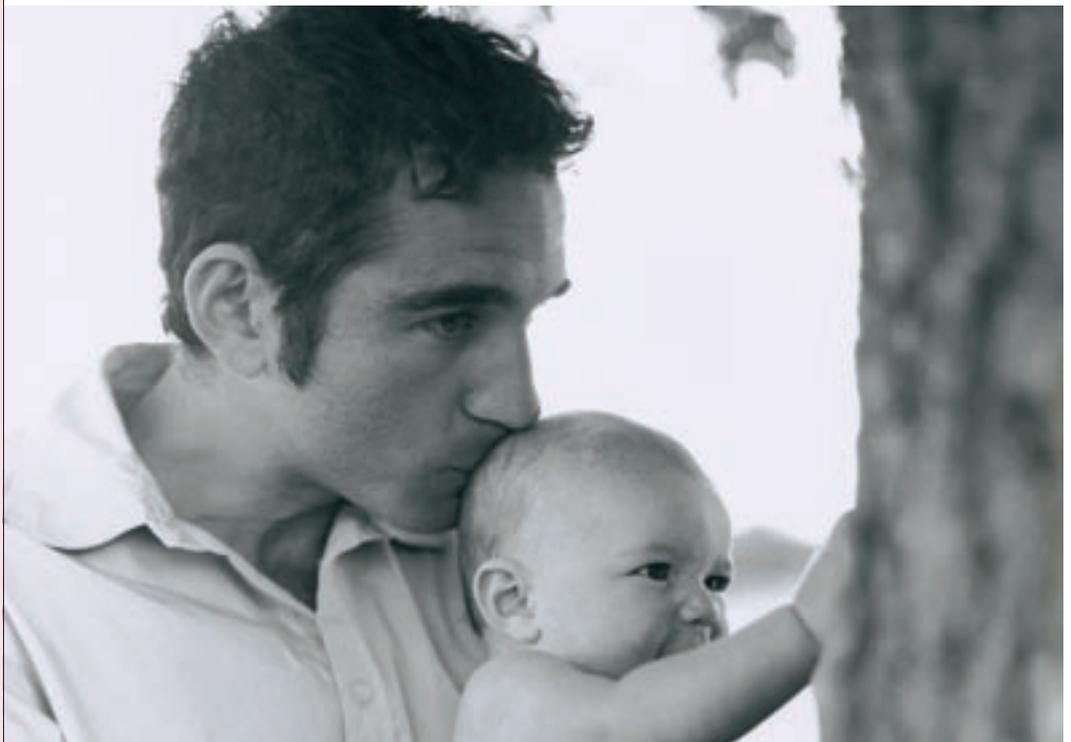
“Cuando ya fui a las revisiones del pediatra de mi niña, preguntó la primera vez que si le daba el pecho, le dije que sí, ya cuando me tocó el otro control me preguntó y le digo, no que no se lo doy. Me preguntó el porqué, se lo expliqué y ya empezó a preguntarme bueno tu cuánto le das de biberón, ya me preguntaba con los biberones”. (E2)

“No. Pecho sólo no, porque la niña se me quedaba con hambre, tampoco era plan. Y yo tampoco podía estar... Porque es que no tengo paciencia. No puedo estar todo el día con el... Entonces a mí el pediatra me dijo que le podía combinar perfectamente las dos cosas. Esmeralda tú le das los dos pechos y cuando termines de darle los dos pechos, si se queda con hambre, le das un bibi. Entonces, a mí lo del bibi... No me gustaba. Y le doy dos...” (E9)

Las referencias realizadas por las madres a las consultas al pediatra durante la crianza del bebé son escasas y en general críticas. Los motivos de las mismas no suelen tener nada que ver con la lactancia y en ocasiones ésta no es abordada ni de forma secundaria. Esta desatención a la lactancia por parte del profesional resulta desmotivante para la madre que no ve reconocido su esfuerzo y tiende a minusvalorar la importancia de dicha práctica. A continuación mostramos uno de los testimonios más extremos y críticos recogido en torno a la relación entre el pediatra y la madre:

“Cada vez que he ido al Centro de Salud o al hospital, me ha visto una persona diferente. Bueno, en el hospital me vio un..., un doctor dos o tres veces, que no llegó a identificarse ni a decirme quién era, ni para qué servía y nunca me miró a los ojos, jamás me miró a los ojos. Hasta el punto que dije: ¿me puedes mirar a los ojos, por favor, cuando me estás hablando? -Risas- Hola, estoy aquí. -Risas- Claro, porque es así, ¿no? Somos números, no somos personas. Nunca me han tratado mal, pero..., cada vez que iba, tenían que buscar mi nombre, no sabían nada de mí, no se acordaban de nada y es normal, ¿no?, pero interferir... interferir; no, porque... Como yo no tuve problemas, nunca tuve que preguntar...” (E4)

De cualquier modo, la forma en que las madres se expresan sobre la cuestión evidencia que la información profesional no es central en la toma de esta decisión. Es su propia experiencia, en el marco de las presiones del contexto, las que orientan su elección.



“Con libros y amigas, pero...libros, buenos libros y yo misma,..., o sea, nunca haría algo que..., que leo y no creo, ¿sabes?, porque me gusta leer diferentes cosas: una opinión y la otra. Entonces yo las pongo juntas y digo: bueno, ¿qué es lo que va con mi experiencia de la vida, con mi entendimiento de las cosas, con mi intuición con..., con mi hija? Porque cada niño es diferente y de ahí saco mis propias conclusiones, ¿no? Y luego, pues eso, tienes amigas que a lo mejor piensan similar...”, (E5)

Esta conclusión es compartida por otros estudios cualitativos: “En cuanto a la actuación del sistema sanitario cabe destacar que el personal sanitario ejerce poca o ninguna influencia a la hora de decidir el tipo de alimentación que la mujer dará a su hijo y ésta valora la información recibida como nula, escasa y poco trascendente, a pesar de que muchas mujeres habían recibido sesiones de preparación al parto”¹⁴³.

Más aún llama la atención la escasa relevancia del papel de la pareja en la toma de decisiones sobre la lactancia¹⁴³. Excepto en los momentos en que son preguntadas directamente sobre la cuestión, las mujeres entrevistadas apenas hacen referencia a sus parejas en la descripción de los momentos cercanos al parto y en los primeros meses de crianza. Cuando lo hacen, en la mayoría de los casos lo hacen de forma positiva, mostrándose comprensivas con las limitaciones que a ellos les impone el cumplimiento de sus obligaciones profesionales. En ninguna de las entrevistas, cuando se plantea el momento de la decisión del abandono de la lactancia materna, aparece el padre ni como incentivador, ni como disuasor, ni como factor a tener en cuenta en ningún sentido. Los siguientes testimonios muestra la posición más extrema, de una mujer del mundo rural, y el que entendemos más representativo de la mayoría de las entrevistadas:

“Sí, el trabaja. Los niños son para las madres. Por ahí, hombre, es distinto, porque trabaja todo el mundo, a lo mejor los tienen en guarderías o por la mañana se lo queda la madre y por las tardes el padre. Aquí no, aquí los niños son para las madres”. (E6)

“Yo todo se lo comento a mi marido...Pero luego las decisiones a lo mejor las tomo yo por entender más que él. Porque él no entiende de...” (E7)

Por otro lado, entendemos que en el discurso de las madres están subestimadas las razones exógenas y las dificultades sociales del mantenimiento de la práctica de la lactancia, mientras que están sobrestimadas las referidas a dificultades intrínsecas. En ocasiones la aparición de estas últimas adelanta o desencadena un comportamiento de alguna forma intuido con anterioridad. Esto explicaría la autonomía de las madres lactantes para tomar sus decisiones y la débil demanda de asesoramiento que realizan a los profesionales.



“Pero confiando en mí, y no en si el pediatra o la enfermera o quien sea dice que el niño tiene deshidratación o no. Porque yo le estoy viendo y conozco al niño, ¿no?... Pero yo soy quien más conoce al niño y tengo que ir marcando su ritmo.” (E1)



4.3. Conflicto de roles en la crisis de la maternidad

El momento de la maternidad es sin duda de una gran riqueza para analizar la complejidad del papel de la mujer en la actual sociedad andaluza. En estas circunstancias aparecen con una máxima exigencia los distintos y en muchos casos contradictorios roles que las mujeres se ven en la necesidad de satisfacer.

Los roles de esposa, madre, mujer trabajadora y la necesidad de autorrealización emergen en su condición conflictiva en un momento en el que todos esos roles sufren una situación de crisis, como ocurre en el momento de la maternidad. Todos estos roles son transformados por la nueva situación, que se caracteriza por la incertidumbre que genera enfrentarse a nuevas exigencias de difícil compatibilidad.

“Pero yo, el estrés, la vida así, el agobio, el estresarte... a los cuatro meses ya empiezas a trabajar y claro, el estrés... Y con esta aguanté hasta los seis meses, ya te he dicho, sin nada. Pero, al quinto mes, aquélla me empezó a perder peso, no cogía el peso...” (E13)

Es precisamente la obligación de estar a la altura en el cumplimiento de los diversos roles lo que dificulta la explicitación por parte de las entrevistadas de las razones por las cuales abandonan la lactancia ante la aparición de problemas que se incluyen y perciben como sensación de falta de leche (pseudohipogalactia). Como ya hemos visto las madres son conscientes de los beneficios, especialmente para la salud del bebé, de la lactancia materna, por lo que el rol maternal incorpora la prescripción moral de dicha práctica. Igualmente se incrementan las demandas en el trabajo doméstico y en el mantenimiento de relaciones sociales y familiares. Todas ellas entran a su vez en conflicto con las necesidades de autonomía personal y autocuidado psíquico y físico asumido por gran parte de las mujeres andaluzas. Probablemente sea el conflicto entre el rol de madre (entrega, generosidad, dependencia) y el resto de los roles que hoy en día desempeña la mujer, lo que provoca una situación de incertidumbre y ansiedad que condiciona la práctica de la lactancia. La manifestación más frecuente de esta situación de crisis es la inseguridad, como lo expresan Almirón *et al*: “Las inseguridades son la fuente más grande de fracaso de la lactancia materna durante las primeras semanas y que continúa en los siguientes meses, sobre todo si el niño es llorón, duerme poco y gana poco peso”¹⁴³. En términos de moral social, las mujeres perciben la situación como un dilema entre actuar en base a la generosidad o al egoísmo. La práctica de la lactancia hace imprescindible y exclusiva la participación de la madre en la alimentación del bebé y con unos ritmos impuestos por sus necesidades. Esto junto con el resto de cuidados generados por la crianza genera en la práctica una disponibilidad prácticamente absoluta del tiempo de la madre, especialmente en aquellas que no disponen de recursos para contar con apoyo externo. Las obligaciones profesionales de la pareja, que normalmente son sacrificadas en menor medida, y la debilidad creciente de las redes propias de la familia extensa, acentúan la responsabilidad de la madre.

“Si eso es lo más bonito que le puede pasar a una mujer, por favor... Yo le decía no quiero niña, mamá, por favor; yo no quiero niña. Yo lo único que quiero es... Egoísta, porque eso es de egoísta. Terminar la casa y hacerme un viaje. Eso era lo único que yo quería, ves”. (E12)

No es desdeñable una motivación que aparece tangencial pero significativa en los discursos de las entrevistadas, y que entendemos también como una manifestación del conflicto de roles reseñado. El de los hipotéticos o reales perjuicios que en el aspecto de la mujer, y en concreto de sus senos, tiene la práctica de la lactancia. El aspecto de la mujer se ha convertido desde el punto de vista de la percepción social en uno de los

indicadores del que hemos denominado rol de mujer contemporánea y trabajadora. El cuidado de la propia imagen y la aproximación a determinados cánones estéticos supuestamente identificadores de valores como el dinamismo o la juventud aparecen como indicadores de modernidad, modernidad que forma parte de la realidad y las aspiraciones de buena parte de las mujeres andaluzas. La de la imagen es la exigencia, de las que componen el rol referido, que menos fundamento moral tiene, o por decirlo en términos coloquiales, es percibida como más frívola. Esta falta de legitimidad moral dificulta su reconocimiento como causa del abandono de la lactancia y aparece referido por las mujeres entrevistadas como tal sólo para otras mujeres que ellas conocen, pero nunca como propia. Es ésta una estrategia muy frecuente de los entrevistados en estudios sociales y forma parte de la negociación de la propia imagen de cualquier persona objeto de una investigación. En definitiva manifiestan como causas propias aquéllas que entienden que son juzgadas socialmente de forma menos severa, pero reconocen la existencia de otras causas que explican el comportamiento de otras personas. Se podría pensar que el hipotético deterioro de la imagen tiene mayor presencia en las decisiones de las madres de lo que aparece de forma explícita.

“Yo conozco un caso... Ella dice que ella no da el pecho a su hijo para que no se le caiga el pecho; pero yo creo que ninguna madre sería buena madre diciendo eso sabiendo los beneficios que tiene la leche materna.” (E13)

Por tanto, entendemos que el intenso abandono de la práctica de la lactancia materna y que las encuestadas suelen explicar por problemas intrínsecos a la propia actividad, responde a la imposibilidad de las mujeres a responder a los diversos y en ocasiones contradictorios requerimientos a que se enfrentan en el momento de la maternidad y la crianza. Los laborales son los más decisivos. Así las mujeres con actividad profesional encuentran en ésta un obstáculo casi insalvable, especialmente una vez que concluyen las dieciséis semanas de baja laboral por maternidad. Esta barrera actúa además como disuasoria incluso antes de su aparición (al ser consciente la madre de la inevitabilidad del abandono de la práctica relaja su ejercicio en semanas anteriores) y marca una pauta de comportamiento que termina influyendo a las mujeres sin actividad profesional.

“Hay dos cosas: una cosa es que hay una falta de información y las mujeres no tienen la confianza en sí mismas para hacer lo que le parece lo más natural, lo más adecuado; y por otro lado, el hecho de que sólo tienen dieciséis semanas de baja con algún beneficio económico, claro, la mayoría no..., ni siquiera han empezado..., porque, ¿para qué? Si a los cuatro meses lo tienen que destetar ... Es que es una cosa... Hasta que no cambien esto, no van a tener posibilidades de aumentar el índice de lactancia. (E4)

En segundo lugar, este conflicto se manifiesta en la pérdida de autonomía que supone actuar como una *buena* madre. Y por último, en el supuesto dilema entre cumplir con la práctica de la lactancia y mantener una *buena* imagen física.

Analizando con más detalle nuestra muestra, encontramos que estos conflictos no se presentan de manera uniforme, como es propio de una sociedad plural y con gran dinamismo. Así, tenemos con suficiente claridad dos *ethos* que marcarían los dos extremos de un continuo, en cuyos espacios intermedios se encuentra un tercer grupo con características comunes a ambos. Desde una perspectiva temporal, podríamos entender que el primero de ellos es el modelo emergente y en expansión, el segundo el mayoritario hace unas décadas y ahora en recesión, y el tercero la evidencia de una recombinación de elementos de ambos. El estudio llevado a cabo por Peiró *et al.* analiza la opinión de las mujeres sobre su salud con grupos de clase media y baja urbana y define los siguientes elementos diferenciadores: la actitud ante el trabajo, la importancia de la imagen y la construcción de un proyecto vital en torno a decisiones¹⁴⁴. Este análisis muestra una alta coincidencia con los dos grupos que identificamos en este trabajo:

El primero de ellos lo encontramos en clases medias, construyen su identidad en torno a un proyecto vital propio, y la decisión de la maternidad y lo que ella conlleva aparece producto de una elección reflexiva; (6 casos).

“Sí, es complejo. El tema es complejo, sí. Pero vamos, quizás en esta época es lo normal, naturalmente... Me imagino que en otra época o en otra situación en la que sea un hecho completamente natural e incuestionable, y al fin al cabo ahora es una decisión. Hay mucha gente que decide todo lo contrario, no tener hijos”. (E8)

El segundo lo encontramos en lo que denominamos clases tradicionales, una identidad construida como un nodo de las redes familiares y sociales, y viven la maternidad más como una etapa vital que como una elección individual (2 casos).

Hemos de aclarar que la utilización de los términos clases medias y tradicionales se refiere más a estilos de vida y conjuntos de valores vinculados a éstos que a la forma de integración en el mercado laboral y a las rentas disponibles. La moderna teoría de las clases sociales complejiza los fundamentos objetivos de las mismas, siendo de importancia los elementos culturales y especialmente la autopercepción. Por tanto, aunque en nuestra muestra encontramos variables que parcialmente explican dichos estilos (predominancia del hábitat urbano y de un alto nivel de estudios para el estilo de clases medias, y hábitat rural y menor nivel de estudios para el tradicional), dichos grupos se caracterizan básicamente por los rasgos reseñados (más autonomía personal y reflexividad del propio proyecto vital, frente a más dependencia del entorno social y familiar), y en este sentido lo utilizamos en este estudio.

Estos dos *ethos* se relacionan con prácticas cotidianas y necesidades vitales diferentes: desde lo percibido como espacio propio, las fuentes de información en torno a la maternidad y la lactancia, las prácticas que han de hacerse en soledad o en compañía. Pero, entre estos dos *ethos* se encuentran mujeres con trayectorias de movilidad social ascendente, niveles de estudios mayores, expectativas de ascenso o referentes cercanos de más elevado nivel social, que son las mujeres que comparten elementos de los dos grupos (6 casos).

Aunque la nuestra no es una muestra distributiva sino estructural y por tanto no cabe hacer extrapolaciones estadísticas, si creemos significativo referir que al primer y último grupo pertenecen doce de los quince casos de la muestra (seis a cada una de ellas), mientras que al que hemos denominado de estilo tradicional sólo pertenecen tres de los casos.

Estos *ethos* tienen una identificación diferenciada con los roles que anteriormente situábamos en la base de la encrucijada en que se encuentran las mujeres lactantes. El grupo que hemos definido de clases medias muestran mayor identificación con los roles contemporáneos y de autorrealización. El grupo tradicional, muestra mayor identificación con el rol de madre. El primero tiene más autonomía de su entorno social en sus decisiones en torno a la lactancia, se orienta más por información científica y es más exigente con el sistema sanitario. El segundo es más sensible a la cultura del biberón, a la influencia de su entorno social y familiar y es menos exigente con el sistema sanitario.

Estas diferencias pueden ser relevantes en las estrategias para la mejora de la práctica de la lactancia, aunque entendemos que cada vez son más los elementos comunes, como apunta la importancia del *ethos* mixto, y ante las principales circunstancias que provocan el abandono de la práctica, la diferenciación presentada no muestra grandes diferencias.

Obviamente abordar la remoción de los obstáculos al mantenimiento de la lactancia materna requiere de la colaboración de multitud de instancias laborales, administrativas y sociales. Probablemente deberían ir más encaminadas a disminuir las exigencias a la mujer en otros aspectos de la crianza y a buscar una mayor compatibilidad de la lactancia con la actividad laboral. En cualquier caso, y por lo que se refiere al sistema sanitario y a las organizaciones sociales implicadas en la cuestión, sería prioritario actuar sobre el desencadenante último del abandono de la lactancia (sensación de falta de leche y dolor) facilitando el aprendizaje y asesoramiento en torno a la práctica correcta de la lactancia materna, reduciendo en definitiva la incertidumbre y los costes de dicha práctica nutricional.

En resumen, la investigación sociológica evidencia que es imprescindible un cambio en el marco laboral, las relaciones sociales y familiares y el apoyo institucional, para que el

proceso de la maternidad sea compatible y enriquecedor del resto de las facetas vitales de la mujer. La compatibilidad con la actividad profesional y las aspiraciones personales de la mujer, junto con una mayor implicación de la pareja, con un espacio propio para la experiencia de la paternidad, son objetivos fundamentales para la sociedad andaluza.



Propuestas sugeridas por las madres entrevistadas para potenciar la lactancia materna.

Vamos a concluir el capítulo señalando las propuestas que las propias madres sugieren para promover la lactancia materna. Son explicitadas claramente por las mujeres que se manifiestan defensoras de la misma, mientras que el resto no lo expresan tan clara y rotundamente.

1. Ampliación de la baja por maternidad a un año de vida del bebé. El hecho de que las mujeres tengan que reincorporarse a su puesto de trabajo después de la 16 semanas de baja por maternidad, dificulta el mantenimiento de la lactancia materna. En algunos casos obstaculiza la elección de este tipo de alimentación desde el momento en que nace el bebé, ya que la madre entiende que no merece la pena empezar a darle el pecho si tendrá que abandonar la lactancia materna a los cuatro meses.

“... estoy empezando a sentirlo ahora. Ya llevo tres meses y por una parte pienso que una baja más prolongada sería bueno para el niño, porque me permitiría por ejemplo, yo, si no volviera a trabajar igual le intentaba mantener a pecho solamente hasta los seis meses. Pero es que no, no puedo” (E1)

2. Fomento, ayuda y apoyo en los hospitales de maternidad, por parte del personal sanitario, que debería estar disponible veinticuatro horas para ayudar a establecer la lactancia y solucionar cualquier problema que surja.

3. Ayuda y apoyo por parte del personal sanitario para asesorar sobre dudas y problemas que aparecen después de abandonar el hospital, con apoyo domiciliario y disponible en los centros de salud.
4. Campañas institucionales de promoción de la lactancia materna resaltando los beneficios que ésta reporta tanto al bebe como a la madre.
5. Baja de un mes por paternidad, independiente de la de maternidad. Esto permitiría una mayor implicación de los padres en la crianza del bebé y aliviaría la responsabilidad de la madre.
6. Relajar la polémica entre Lactancia materna y Lactancia artificial. Las madres demandan que se rebaje la presión en la elección del tipo de lactancia, porque causa mucha tensión, sentimiento de culpa y desorientación.
7. Extensión de la red de guarderías, de tal forma que los bebés estén cerca de los lugares de trabajo de las madres y éstas puedan mantener la práctica de la lactancia.
8. Aumento del tiempo de permiso de lactancia en el trabajo, actualmente de una hora. La tensión que genera la escasez de tiempo afecta a la madre y al bebé y dificulta la lactancia. Existen muchas posibilidades de que fracase la lactancia materna en las tomas en las que la madre dispone de poco tiempo para dar de mamar.



En resumen, tras los análisis realizados podemos afirmar una serie de conclusiones que a su vez plantean algunos interrogantes. Es claro que las madres conocen, con diferente grado de profundidad, los beneficios para la salud del bebé de la lactancia materna. Igualmente lo es que, por éstos y otros motivos, manifiestan una predisposición favorable a su práctica y de hecho el porcentaje de mujeres que la inician es relativamente alto. Sin embargo el abandono de la lactancia materna exclusiva y el incremento de la mixta y la artificial se produce de forma muy temprana y progresiva durante todo el primer año. Nos encontramos con dos tipos de explicaciones aducidas por las propias madres a este abandono. Por un lado lo que podríamos denominar disfunciones intrínsecas al propio acto de la lactancia (básicamente sensación de falta de leche y dolor), y por otro, presiones extrínsecas (básicamente la difícil compatibilidad de la lactancia con el trabajo doméstico y la incorporación a la vida laboral). Las primeras tendrían su causa, en la mayoría de los casos, en prácticas incorrectas (posturales, combinación prematura con otros alimentos...), aunque las entrevistadas no manifiestan identificar dicha causalidad. Las segundas son complejas, bien conocidas, y están presentes en la mayor parte de las mujeres que trabajan fuera del hogar, aunque con especial dificultad en las épocas de crianza, mayor aún en los primeros años de la misma.

Lo más significativo es que la manifestación que las madres realizan en torno a los dos tipos de causas del abandono de la lactancia muestra grandes diferencias. Es claramente mayoritario, tanto en el estudio cualitativo como en la encuesta realizada, el que las madres aduzcan las que hemos denominado causas intrínsecas como motivantes del abandono de la lactancia materna. Las denominadas extrínsecas aparecen como dificultades pero no como desencadenantes del abandono. La decidida voluntad que manifiestan de priorizar la lactancia materna y el abandono por disfunciones de relativa fácil solución nos hace pensar que este tipo de causas está sobredimensionado, mientras que las presiones del entorno juegan un papel decisivo que no es manifestado con la misma explicitud por parte de las entrevistadas. Podemos por tanto, afirmar la siguiente hipótesis: Aunque realmente hay carencias en el aprendizaje de la lactancia y en la accesibilidad al asesoramiento adecuado, un obstáculo menor es suficiente para provocar el abandono porque existen otros condicionantes que desmotivan o disuaden su práctica. Por tanto, aunque el desencadenante del abandono sea algún problema intrínseco a la práctica de la lactancia, insuficientemente atendido por el sistema sanitario; las causas del mismo se encontrarían más en el conjunto de presiones y adaptaciones que las mujeres se ven obligadas a hacer ante la nueva situación. La diferente legitimidad moral que las madres atribuyen a ambos tipos de argumentos explicaría la focalización de sus respuestas en torno a las causas intrínsecas y el carácter secundario que otorgan a las extrínsecas.

En definitiva, es imprescindible recuperar la lactancia materna de la relativa marginalidad en la que se encuentra, revalorizándola a través de una mayor visibilidad social y conexión con la realidad actual. Dicha recuperación debe estar basada en el respeto a las decisiones de la mujer en torno a las formas de alimentación que elige para su bebé, insertas en unas nuevas formas de maternidad que den mayor cabida a la capacidad de ternura y afecto, garantizando, en definitiva, el derecho a un mejor nivel de salud nutricional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Foto: Karmelo Nofuentes Azkarate

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

Conclusiones y Recomendaciones

En la actualidad nos encontramos en un momento de transición entre la denominada cultura del biberón y la reimplantación de la lactancia materna como forma óptima de alimentación infantil. Como ponen de manifiesto los resultados de la investigación, las madres son conscientes de los beneficios que la lactancia materna conlleva para la salud y el bienestar físico y psicológico, tanto de sus hijos como de ellas mismas y expresan mayoritariamente su deseo de amamantarlos. Sin embargo, a pesar de ello, siguen existiendo casos en los que no se inicia la lactancia aún cuando no existen problemas médicos que la contraindiquen. Asimismo, cuando se inicia, la lactancia materna es abandonada de forma generalizada mucho antes de lo que recomiendan los organismos internacionales.

A lo largo de estas páginas nos proponemos volver sobre los temas que se han tratado en los capítulos precedentes con el objeto de recoger de manera sistemática y resumida los resultados más relevantes para la investigación. El resultado de esta labor de síntesis permitirá obtener una visión de conjunto de las **conclusiones** extraídas de la investigación en torno a la cual articular las distintas sugerencias de actuación.

CONCLUSIONES

1

En la actualidad no existe en España un sistema oficial adecuado de seguimiento y monitorización de la lactancia materna que permita valorar la situación de la misma y su evolución en los últimos años.

> Uno de los principales obstáculos que se plantean a la hora de abordar el problema del abandono de la lactancia materna, es la escasez de información recogida de manera periódica y con criterios metodológicos rigurosos que permita establecer la magnitud real del problema, así como comparar la situación en las distintas regiones del mundo sobre la base de análisis estadísticos fiables. A pesar de los esfuerzos realizados desde distintos organismos internacionales, en España no existe por el momento un sistema oficial, adecuado, de seguimiento y monitorización de la lactancia en el ámbito nacional. Los datos disponibles hasta la fecha proceden de encuestas puntuales realizadas, en la mayor parte de los casos, por profesionales sanitarios en el ámbito local y, por tanto, son difícilmente extrapolables al conjunto de la población española.

2

Aunque mejorando, las cifras de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía están aún muy por debajo de lo recomendado por la OMS.

> Los resultados de la encuesta de prevalencia realizada en 2004 muestran que el porcentaje de madres que inician la lactancia hoy es muy similar al de hace veinte años, si bien se observa una mejora significativa en lo que se refiere a la duración media de la lactancia materna en nuestra comunidad. A partir del tercer mes, el porcentaje

de niños lactados naturalmente en 2004 es significativamente superior, en todos los segmentos de edad, al que muestran los datos de 1984. Este hecho sugiere una tendencia de evolución positiva que implica que las madres que inician la lactancia hoy, en contraste con las que lo hacían en 1984, mantienen este hábito saludable durante más tiempo.

- > Sin embargo, los datos de prevalencia aún están lejos de alcanzar el nivel óptimo recomendado por las autoridades sanitarias internacionales tanto en lo que se refiere al inicio de la lactancia, como, fundamentalmente, a la duración de la misma. El 82% de los recién nacidos en Andalucía recibe lactancia materna completa (LMC) al nacer. Al finalizar el primer mes de vida, esta cifra desciende hasta el 63% y continúa bajando hasta llegar al 40,5% a los tres meses y el 26,5% a los cuatro. Sólo 6 de cada 100 niños de seis meses reciben lactancia materna completa, aunque esta cifra aumenta al 27% si consideramos conjuntamente los datos de lactancia materna completa y parcial (LMP). Finalmente, al cumplir un año sólo el 7,3% de los niños andaluces reciben leche materna de algún modo.

3

El nacimiento, las primeras semanas de vida hasta que se produce la consolidación de la lactancia y la reincorporación al ámbito laboral, junto con el inicio de la alimentación complementaria, son tres momentos claves para reforzar la lactancia materna.

- > En línea con otros estudios de prevalencia, los resultados de la investigación muestran que el parto y las horas posteriores al mismo son claves para el inicio de la lactancia materna. Factores como el tipo de parto, el protocolo de cuidados aplicado tras el mismo o ciertas características del recién nacido, inciden significativamente en la probabilidad de iniciar la lactancia. Sin suponer contraindicaciones a la lactancia natural, los partos por cesárea, los partos prematuros y los gemelares constituyen factores de riesgo para que ésta no se inicie. Por el contrario, ciertas prácticas hospitalarias como la puesta al pecho en la primera hora tras el nacimiento o el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido favorecen de forma determinante el inicio de la lactancia materna.
- > Una vez iniciada la lactancia, el segundo momento clave en el descenso de la prevalencia se produce en los dos primeros meses de vida del recién nacido, coincidiendo con el proceso de consolidación de la lactancia. En las primeras seis semanas de vida, en la etapa denominada de calibración, la producción de leche de la madre se ajusta a las necesidades del recién nacido. Este es el momento más delicado del proceso ya que interferencias como una técnica de amamantamiento inadecuada, la introducción de otros líquidos o la interferencia de biberones y tetinas en el agarre al pecho, pueden llevar a un fracaso en el ajuste entre la demanda del bebé y la producción de leche de la madre y, finalmente, al abandono de la lactancia.

- > El tercer momento clave se produce hacia los cuatro meses, coincidiendo con el fin de la baja maternal y/o la introducción de alimentos complementarios. En este momento es bastante frecuente que se comience a introducir algún biberón de fórmula u otro tipo de alimento para facilitar los cambios que se producirán tras la reincorporación de la madre a su puesto de trabajo. En otros muchos casos, sin embargo, la vuelta al trabajo fuera de casa implica el destete total del niño como consecuencia de las dificultades que existen para compatibilizar la jornada laboral con las necesidades del bebé.

4

Las madres andaluzas son plenamente conscientes de que la lactancia materna es la manera óptima de alimentar a sus bebés y conocen las ventajas que tiene este tipo de alimentación desde el punto de vista de la salud y el bienestar físico y psicológico tanto de sus hijos como de ellas mismas. Sin embargo, de la información aportada por las madres se deduce la idea de que el contexto actual se presenta como un entorno lleno de obstáculos para llevar a cabo una lactancia materna prolongada.

- > En general, la lactancia materna es percibida por las madres entrevistadas como un comportamiento saludable y la consideran la forma óptima de alimentar a su bebé. En todos los discursos está presente la idea de que la leche materna posee unas propiedades superiores a la fórmula artificial, sobre todo en lo que se refiere a sus beneficios sobre el crecimiento y el desarrollo inmunológico del lactante.



Foto: M^º Carmen Morata Lázaro

- > Sin embargo, del discurso de las madres entrevistadas también surgen los inconvenientes que presenta este tipo de alimentación en un contexto en el que la forma de alimentación predominante y más visible socialmente sigue siendo la lactancia artificial:
 - El cansancio y esfuerzo físico que requiere la lactancia materna, así como el tiempo que requiere la lactancia a demanda, con la consiguiente pérdida de autonomía para la madre, son factores relevantes para todas las mujeres entrevistadas. Asimismo, el hecho de que la lactancia artificial pueda ser compartida por otras personas de la familia, fundamentalmente por la pareja, y la lactancia materna sea, por definición, exclusiva de la madre es un hecho que actúa como desventaja para ésta última.
 - Otro de los factores que actúa como inconveniente de la lactancia materna es el pudor que sienten muchas madres a dar el pecho en público. Si bien esta es una cuestión en la que se observan diferencias notables según el grado de convicción que tenga la madre acerca de la lactancia materna, el hecho de que la lactancia en público sea una práctica sin ningún tipo de visibilidad ni social ni mediática, es algo que influye negativamente en la decisión materna de dar el pecho a sus hijos.
 - Tras la decisión de recurrir a la lactancia artificial se ocultan en algunos casos factores de tipo estético, fundamentalmente la preocupación de que el pecho se deteriore y deforme como consecuencia de la lactancia materna.
 - Los mitos y creencias asociados a la cultura del biberón, transmitidos principalmente a través del entorno familiar de la madre y de los medios de comunicación, inciden negativamente sobre la lactancia materna fundamentalmente de dos maneras. Por un lado, la aplicación a la lactancia natural de pautas asociadas a la artificial conduce en la mayoría de los casos al fracaso de la primera. Por otro lado, ante la aparición de problemas con la lactancia materna es más probable que las madres terminen refugiándose en la “seguridad” de la lactancia artificial, una práctica más conocida y extendida socialmente.
 - Finalmente, como se ha mencionado, la dificultad para conciliar la vida familiar con las exigencias del entorno laboral y la insuficiencia de las medidas de apoyo a la lactancia previstas en la legislación laboral actual hace que las madres que no lo habían hecho antes, abandonen la lactancia materna al llegar este momento.

5

La falta de una información y apoyo adecuados acerca del proceso de la lactancia natural y de las crisis que pueden surgir a lo largo de éste se halla en la base de muchos de los casos de abandono temprano de la lactancia materna.

- > La sensación de falta o escasez de leche, el rechazo del pecho por parte del bebé y problemas de salud de la madre como pezones doloridos, grietas o mastitis, son las principales causas de destete aducidas por las madres. Estas razones tienen que ver con la pérdida de confianza de la mujer en su capacidad de amamantar y con una falta de información y apoyo para resolver adecuadamente los problemas tempranos asociados a la lactancia materna que, por sí mismos, no justifican el destete.

- > En este sentido, un factor que incide positivamente en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna es el nivel de información de la madre. En general, las mujeres con mayor nivel educativo y que han tenido acceso a información sobre la lactancia materna durante el embarazo son más proclives a iniciar la lactancia y mantenerla en el tiempo. Otros estudios de prevalencia han mostrado la relación directa que existe entre haber tomado la decisión de amamantar durante el embarazo y el inicio de la lactancia. Parece por tanto, que el disponer de información adecuada con anterioridad al parto contribuye a que la madre se decante en mayor medida por la lactancia materna y esté más preparada para asumir los retos y dificultades que la misma conlleva.
- > La creencia generalizada de que la lactancia materna, en tanto que práctica natural, es algo que se realiza de forma espontánea y automática y que no requiere de un proceso previo de aprendizaje, actúa como un importante freno a la lactancia ya que provoca que las madres no estén preparadas ante la aparición de las dificultades normales del proceso de amamantamiento. Un mayor nivel de información en este sentido y de apoyo en la resolución de las crisis normales de la lactancia conlleva siempre una mejora en los indicadores de inicio y duración de la lactancia materna al reducirse el nivel de abandono por este tipo de problemas tempranos.
- > Las lagunas más importantes no se encuentran en el ámbito de la concienciación (bastante alta), ni en el de la información genérica sobre los beneficios de la lactancia. Las mayores carencias se encuentran en el aprendizaje práctico de la resolución de los problemas tempranos asociados a la lactancia. Este aprendizaje permitiría facilitar la práctica de la misma y ayudaría a la madre a dimensionar adecuadamente la gravedad de los problemas, evitando que devengan en crisis de lactancia.

6

Las instituciones sanitarias y sus profesionales pueden contribuir de forma decisiva a la promoción y apoyo de la lactancia materna.

- > El 30% de las madres declara no haber recibido información sobre la lactancia materna durante el embarazo. Este porcentaje aumenta hasta el 49,5% cuando se trata de la información recibida tras el parto en el centro en que se produjo el nacimiento. La falta de información adecuada acerca de la lactancia materna proveniente del entorno sanitario es especialmente relevante en un contexto en el que la cultura imperante es la del biberón y en el que el profesional sanitario es percibido por las familias como la principal figura de autoridad en el tema.
- > Asimismo, tal y como expresan las propias madres en las entrevistas, hay que tener en cuenta que la maternidad es una situación nueva, sobre todo para las madres primerizas, que lleva aparejados sentimientos de ansiedad y temor respecto a la propia capacidad para cuidar del bebé. Este especial estado de vulnerabilidad de las madres es un factor que hay que considerar a la hora de proporcionar el ases-

ramiento y apoyo adecuados en las distintas fases del proceso ya que las inseguridades son una causa de abandono frecuente de la lactancia durante las primeras semanas, sobre todo cuando el niño llora, duerme poco o gana poco peso.

- > En cuanto a las prácticas sanitarias relacionadas con la lactancia materna, los resultados del estudio muestran, en la línea de otros estudios de prevalencia, la relación existente entre ciertos protocolos aplicados tras el parto y el inicio de la lactancia materna. Concretamente, en los casos en los que se produjo la puesta al pecho en la primera hora tras el parto y el alojamiento conjunto los niveles de prevalencia de lactancia materna al nacer aumentan significativamente (92,3% frente a 73,6% en el caso de la puesta al pecho; y 86,1% frente a 78,8% en el del alojamiento conjunto).
- > Si bien es cierto que se ha producido un avance substancial en lo que se refiere a las rutinas hospitalarias relacionadas con la lactancia, los resultados del estudio evidencian que aún queda margen para seguir mejorando en este aspecto. El 87,1% de las madres encuestadas declaran haber permanecido junto al bebé durante el período de hospitalización tras el parto y en el 61,8% de los casos se produjo la puesta al pecho en la primera hora de vida del recién nacido.
- > En las semanas siguientes al parto la atención pediátrica presenta ciertas carencias en lo que se refiere a la lactancia materna. Los discursos de las entrevistadas reflejan una escasa valoración por parte de los profesionales sanitarios de la práctica y del esfuerzo de los madres, infravaloración que actúa como disuasor para su mantenimiento. Asimismo, en algunas ocasiones se produce un asesoramiento contraproducente que propone las fórmulas artificiales ante la aparición de problemas tempranos.

7

Las madres encuentran escasos apoyos en el entorno social, familiar y laboral para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

- > El marco jurídico en lo que se refiere a conciliación de la vida laboral y familiar tanto de la madre como del padre es claramente insuficiente para el mantenimiento de la lactancia materna. Dificulta la implicación del padre en la crianza del bebé y la práctica de la lactancia por parte de la madre a partir del cese de la baja por maternidad.
- > Los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna tienen una insuficiente implantación en Andalucía. Aunque las madres entrevistadas conocían su existencia, no habían tenido contacto con las mismas ni información exacta de los servicios que les podían ofrecer.
- > Las decisiones en torno a la lactancia son tomadas en exclusiva por la madre. Las que tienen más nivel educativo se informan para ello en revistas y libros especializados, todas reciben la influencia de las mujeres del entorno familiar y social (amistades), y en último lugar de los profesionales sanitarios. El padre apenas cumple papel alguno en esta toma de decisiones.

RECOMENDACIONES

Las **recomendaciones** que a continuación desgranamos están extraídas tanto de los resultados obtenidos en nuestro estudio como de la evidencia acumulada gracias a la investigación realizada en torno a la lactancia materna en las últimas décadas, y van en la línea de las medidas de acción recogidas en la normativa internacional y nacional vigente en esta materia. El fin último de estas recomendaciones es el de mejorar la situación de la lactancia materna en Andalucía y avanzar hacia la meta, fijada por la OMS, del 100% de bebés lactados en exclusiva hasta los seis meses y, junto con alimentos complementarios adecuados, hasta que la madre y su hijo así lo deseen.

Recomendación 1.

Diseñar y poner en práctica un sistema de monitorización y seguimiento de la lactancia materna que permita orientar la toma de decisiones y cuantificar los avances que se realicen como resultado de los programas de actuación emprendidos.

Es necesario mejorar la capacidad de recopilar y analizar datos relativos a la prevalencia de la lactancia materna, así como sobre las causas y consecuencias que determinan la baja prevalencia y duración de la misma en la actualidad. En este sentido, sería recomendable crear un sistema de monitorización de la lactancia materna que permita la recogida de datos con carácter periódico y sistemático y se ajuste a las recomendaciones de la OMS en lo que se refiere a las definiciones de la lactancia materna y la metodología de recogida y análisis de datos empleados. Este sistema, por medio de las nuevas tecnologías de gestión de la información sanitaria, debería compaginar la necesidad de disponer de un registro fiable y comparable de indicadores de lactancia materna en los diferentes grupos etarios con la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos de carácter personal.

Recomendación 2.

Crear, aplicar y supervisar un plan de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, en tanto que norma biológica natural, que tenga en consideración la multiplicidad de factores subyacentes a la situación actual de baja prevalencia y duración inferior a lo recomendado.

La baja prevalencia y duración de la lactancia materna es un problema de salud pública en cuya base se conjugan multitud de factores de índole económica, social y cultural que, aún hoy, siguen dificultando su recuperación a pesar de los esfuerzos que desde distintos ámbitos se están llevando a cabo. Por tanto, este problema debe ser abordado desde una perspectiva integral, adoptando medidas de defensa y promoción de la lactancia materna dirigidas a eliminar los obstáculos que existen en los distintos niveles: social, familiar, sanitario, laboral, cultural, etc.

Recomendación 3.

Promover y supervisar el cumplimiento de las normas internacionales y la legislación así como de otros mecanismos de protección y promoción de la lactancia materna.

En las últimas décadas, se han ratificado distintos convenios internacionales relacionados con la protección de la maternidad y la lactancia materna en distintos ámbitos. Estos documentos establecen pautas para la legislación nacional y aportan recomendaciones acerca de los pasos a seguir que deben ser tenidos en cuenta a la hora de emprender actuaciones dirigidas a promover la recuperación de la cultura de la lactancia materna. Los más importantes son:

- > El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (1981).
- > La Declaración de *Innocenti* sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna (1990).
- > La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (1991).
- > La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (2002).
- > El documento Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa: un Plan Estratégico para la Acción (2004).



Foto: Pep Colás Salvador

Recomendación 4.

Promover medidas de comunicación e información acerca de la lactancia materna que incrementen su visibilidad social en tanto que hábito saludable, y mejoren el conocimiento que de ella tienen la población en general, y las futuras madres y padres, en particular.

Es necesario aumentar la visibilidad social y mediática de la lactancia materna, al tiempo que se refuerza la vigilancia sobre el cumplimiento de la prohibición del Código de promover la lactancia artificial en detrimento del amamantamiento, con el fin de que la lactancia materna sea percibida cada vez más como la norma y no como la excepción. Asimismo, resulta imprescindible reforzar la información y el adiestramiento acerca de la lactancia materna que se le da a las familias con los siguientes objetivos:

- > Desterrar la creencia errónea de que la lactancia materna es una práctica natural que no hay que aprender y que se puede llevar a cabo de forma automática sin preparación ni conocimientos previos. Esta creencia está muy extendida y tiene importantes consecuencias, pues disuade de la búsqueda de soluciones ante las dificultades que suelen presentarse en el proceso de lactancia.
- > Incrementar el nivel de información de las familias acerca de las ventajas de la lactancia materna, la técnica correcta de amamantamiento, la extracción y almacenaje de leche materna etc., conocimientos que resultan determinantes para abordar y resolver adecuadamente los problemas que puedan surgir.
- > Reforzar la confianza de las mujeres en su propia capacidad para alimentar y cuidar adecuadamente a sus bebés y ayudando a superar las inseguridades que les surjan como consecuencia de su nuevo rol de madre.
- > Fomentar una mayor implicación y protagonismo del padre en la toma de decisiones en torno a la alimentación, el cuidado y la crianza de sus hijos, con el fin de que la dedicación exclusiva que implica la lactancia materna para la madre se vea compensada con una mayor comprensión de su pareja de las especificidades que conlleva esta forma de alimentación y un mayor apoyo en la realización de otras tareas relacionadas.



Foto: Pablo Aguayo

Recomendación 5.

Fomentar las medidas de apoyo a las madres y padres en el proceso de crianza de sus hijos con especial atención a todo lo relacionado con el proceso de lactancia materna.

Además de información, es importante ofrecer apoyo y ánimo a las madres, sobre todo en los primeros días tras el parto, cuando están en una situación de mayor vulnerabilidad física y anímica. Este apoyo debe ser prestado por los profesionales sanitarios en las rutinas habituales de control tras el parto y por los grupos de apoyo a la lactancia (GALM). En este sentido, se deberían diseñar medidas de promoción de estos grupos de apoyo madre a madre en las distintas localidades andaluzas así como fomentar su conocimiento entre las madres y la toma de contacto con ellos una vez que la madre ha dado a luz.

Recomendación 6.

Potenciar la formación en lactancia materna de los profesionales sanitarios y la implicación de las instituciones sanitarias relacionadas con la salud materno-infantil.

Se debe mejorar la formación de los profesionales sanitarios en los temas relacionados con la protección y promoción de la lactancia materna a través de dos vías fundamentales: el refuerzo de la presencia de contenidos relacionados con la lactancia materna en el curriculum académico de las distintas profesiones sanitarias implicadas y la puesta en marcha de cursos de formación específicos, como los cursos de técnicas de consejería en lactancia materna y los de formador de formadores. En concreto la formación del personal sanitario deberá orientarse hacia las siguientes áreas básicas de conocimiento:

- > Ventajas de la lactancia materna.
- > Inconvenientes de la lactancia artificial.
- > Fisiología de la lactancia (mecanismos de secreción y succión, etc.).
- > Técnicas para ayudar a las madres a que inicien y mantengan la lactancia.
- > Evaluación y observación de las tomas de pecho.
- > Manejo de las dificultades de la lactancia.
- > Técnicas y habilidades para la comunicación en lactancia materna.
- > Protocolos y normativas sobre la lactancia materna aplicables al entorno hospitalario, entre ellas la obligación de que se cumpla el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna donde se prohíbe de manera explícita la distribución de muestras gratuitas y la publicidad inadecuada de los productos relacionados con la lactancia artificial en los Servicios Materno-Infantiles.
- > Normativa y recomendaciones internacionales de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.

Recomendación 7.

Seguir mejorando en lo que se refiere a las rutinas hospitalarias aplicadas en el proceso de embarazo, parto y lactancia que favorecen la lactancia materna.

Se debe continuar promoviendo y potenciando la lactancia materna en el entorno hospitalario a través de la extensión de rutinas favorecedoras como la puesta al pecho en la primera horas tras el parto y el alojamiento conjunto o *rooming in*. Aunque se ha progresado mucho en estos aspectos de la atención, aún no existe en Andalucía ningún hospital que haya conseguido el galardón de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN). Se hace necesario, por tanto, relanzar esta iniciativa en nuestra comunidad mediante su incorporación a los contratos programa en todos los servicios Materno-Infantiles en los que se atienden partos, ya sean estos de naturaleza pública, privada o concertada. Para ello, se debe trabajar en la línea de garantizar el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido en los momentos inmediatamente posteriores al parto, durante al menos una hora tras el mismo, potenciando y asegurando la metodología de los cuidados canguro al nacimiento en todo el área de partos. Asimismo, se debe respetar el derecho de los padres y los niños a permanecer juntos durante el tiempo de hospitalización tras el parto cuando no exista causa médica que aconseje la separación.

Recomendación 8.

Se deben promover medidas que permitan conciliar la vida familiar y laboral y compatibilizar las necesidades de los lactantes con las exigencias laborales de sus progenitores.

En la actualidad existe un desajuste entre la recomendación de la OMS relativa al mantenimiento de la lactancia materna exclusiva y a demanda hasta los seis meses de edad y la duración del permiso de maternidad previsto en la legislación laboral española, de tan sólo 16 semanas. Se debería intentar corregir este desajuste ampliando el período de la baja maternal hasta al menos los seis meses de edad (la última recomendación de la OIT relativa a la protección de la maternidad — R191 de 2000 — prevé la ampliación de este período a las 18 semanas). Por otro lado, se deben implementar medidas que faciliten que las madres lactantes puedan seguir amamantando a sus hijos tras reincorporarse al trabajo como el aumentar las pausas de lactancia, facilitar la extracción y almacenamiento correctos de la leche extraída en el centro de trabajo, etc.

Igualmente se debería implantar un permiso de paternidad compatible con la baja maternal y que no suponga un recorte de ésta. Ello permitiría un mayor compromiso de los padres en la crianza de los bebés y descargaría de responsabilidad a las madres, que podrían desarrollar con menos presión la lactancia materna.

Recomendación 9.***Centrarse en los momentos y colectivos más vulnerables.***

En el diseño de las medidas dirigidas a proteger y promocionar la lactancia se debe prestar especial atención a los momentos clave en el descenso de la prevalencia de la lactancia materna y a aquellos colectivos que tienen un mayor riesgo de no iniciar la lactancia o de abandonarla de forma temprana. El compromiso con el fomento de la lactancia materna y el esfuerzo empleado para ello debe ser mayor cuando existe un mayor riesgo de no iniciar la lactancia o abandonarla prematuramente, como es el caso de las mujeres con menor nivel socio-económico, los nacimientos mediante cesárea, la prematuridad o los partos múltiples. Ante estas situaciones, se debe facilitar al máximo la lactancia materna favoreciendo el contacto entre madre e hijo y evitando los ingresos innecesarios y la administración no justificada de fórmulas artificiales. Además, se debe facilitar el acceso de los padres a las Unidades Neonatales durante las 24 horas del día así como la extracción, transporte y conservación de la leche materna para su posterior utilización con los bebés que tengan que permanecer ingresados. En este sentido sería muy recomendable promover acciones para la creación de bancos de leche materna en nuestra comunidad autónoma.

Del mismo modo, es necesario redoblar los esfuerzos en los momentos clave del proceso de lactancia materna que se han señalado en las conclusiones del estudio, a saber: los momentos inmediatamente posteriores al parto, los dos primeros meses hasta la consolidación de la lactancia y el momento de la incorporación de las madres a su actividad laboral y la introducción de alimentos complementarios.

Todas estas recomendaciones van unidas por un nexo común que es el respeto al derecho del niño a tener la mejor alimentación posible y el derecho de la mujer a elegir libremente la forma de alimentar a su bebé en base a una información correcta y adecuada.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Referencias Bibliográficas

1. Heinig M. Host defense benefits of breastfeeding for the infant: effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatr Clin North Am* 2002; (48):105-23.
2. Kramer M, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2002; Issue 1. Oxford: Update Software
3. Gdalevich M, Mimouni D, David M, Mimouni M. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:520-7.
4. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breastfeeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr* 2001; 139:261-6.
5. Hanson L, Korotkova M, Telemo E. Breast-feeding, infant formulas and the immune system. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003; 90(suppl 3):59-63.
6. Drane D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeed Rev* 1997; 5:7-15.
7. Convert R, Barman N, Comanico R, et al. Prior enteral nutrition with human milk protects against intestinal perforation in infants who develop necrotizing enterocolitis. *Pediatr Res* 1995; 37:305.
8. Bick D. The benefits of breastfeeding for the infant. *Br J Midwif* 1999; 7(5):312-9.
9. Cunningham A, Jelliffe D, Jelliffe P. Breastfeeding and health in the 1980's. A global epidemiological review. *J Pediatr*. 1991; 118(5):659-66.
10. Drane D, Logemann J. A critical evaluation of the evidence on the association between type of infant feeding and cognitive development. *Pediatr Epidemiol* 2000; 14:349-56.
11. Hanson L. Human milk and host defense: immediate and long-term effects. *Acta Paediatr Suppl* 1999; 88(430):42-6.
12. Lykke Mortensen E, Fleischer Michaelsen K, Sanders S, Reinisch J. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA* 2002; 287:2365-71.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Ginebra: OMS, 2001. Accesible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_24.pdf
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A Systematic Review. Ginebra: OMS, 2002. Versión electrónica accesible en http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_23.pdf
15. Freudenheim J. Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. *Epidemiology* 1994; 5:324-31.
16. Labbock M. Health sequelae of breastfeeding for the mother. *Clin Perinatol* 1999; 26(2):491-503.
17. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 2002; 20:187-95.
18. Aguayo Maldonado J. Prácticas rutinarias en las salas de maternidad que favorecen la lactancia materna. en: Aguayo Maldonado J, (Ed.). *La lactancia materna*. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2001: 59-76.
19. Uvnas-Moberg E. Breastfeeding: physiological, endocrine and behavioral adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatr* 1996; 85(5):525-30.
20. Acheston L. Family violence and breastfeeding. *Arch Fam Med* 1995; 4:650-2.
21. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2003; Issue 2. Oxford.
22. Conde-Agudelo A, Diaz-Rosello J, Belizan J. Kangaroo Mother Care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2003; Issue 2. Oxford.
23. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Lasarte Velillas J. Recomendaciones para la lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2003. Documento electrónico accesible en <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm#documento>
24. Instituto de Información Sanitaria. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2001. 2001. Documento electrónico accesible en: http://www.msc.es/sns/sistemasInformacion/encuesta/encuesta2001/avance_resultados.htm
25. Stuart-Macadam P, Dettwyler K. *Breastfeeding Biocultural Perspectives*. New York: Aldine De Gruyter, 1995.
26. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Promoting the initiation of breastfeeding. *Effective Health Care* 2000; 6(2):1-12.
27. Paricio Talayero J. *Lactancia materna y hospitalización por infecciones en el primer año de vida [Tesis Doctoral]*. Universidad Autónoma de Madrid, 2004.
28. Lawrence RA. La lactancia materna en la medicina moderna. En: Lawrence R, Editor. *La lactancia materna. Una guía para la profesión médica*. Madrid: Mosby/Doyma, 1996: 1-35.
29. Vahlquist B. Introducción. En: Organización Mundial de la Salud (OMS). *Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural*. Ginebra: OMS, 1981.
30. Paricio Talayero J. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. en: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Monografía N°5 AEP. Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2004: 7-25.
31. Ilolex. Base de datos sobre legislación internacional de trabajo [Web]. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Accesible en <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/index.htm>
32. Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Maternity Protection Infosheet. Work and Family Information Sheets Series*. Internet: OIT, 2004. Documento electrónico accesible en <http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/protection/condtrav/pdf/infosheets/wf-4.pdf>
33. Apple R. Mothers, physicians, and expert knowledge: the evolution of scientific motherhood. *ACOG Clinical Review* 1998; July/August:12-6.
34. Aler Gay I. Perspectiva sociológica de la lactancia materna en la España de hoy. *II Congreso Español de Lactancia Materna*. Sevilla: 2002.
35. Yalom M. *Historia del pecho*. Barcelona: Tusquest Editores SA, 1997.

36. Martín Calama J, Casares I, Rodríguez P, Orive I. El cambio de conducta en el amamantamiento a nivel mundial. Revisión 1920-1985. *An Esp Pediatr* 1986; 25(1):39-44.
37. Directiva 91/321/CEE. Comunidad Europea 14 de Mayo 1991.
38. Real Decreto 1408/92. BOE de 13/01/93.
39. Real Decreto 72/1998 de 23 de Enero.
40. International Baby Food Action Network (IBFAN). Violando las reglas, eludiendo las reglas. Malasia: IBFAN, 2001. Documento electrónico accesible en <http://www.ibfan.org/spanish/codewatch/btr01/MAIN.HTM>
41. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los derechos del niño. Nueva York: ONU, 1989. Documento electrónico accesible en http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm
42. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Florencia: WHO, 1990. Adoptada por la 45ª Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHA 45.34). Documento electrónico accesible en <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
43. OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS/UNICEF, 1989.
44. Arena Ansotegui J. Inicio de la lactancia en Maternidad. Introducción. Recomendaciones actuales de la OMS y UNICEF: Los diez pasos, la IHAN, función especial de las maternidades. en: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografía N°5 AEP. Madrid: 2004: 171-3.
45. IHAN España. Página Web de la IHAN en España. Accesible en <http://www.ihan.org.es/ihan.htm>.
46. Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicators for Assessing Breast-feeding Practices. Ginebra: OMS, 1991. Documento electrónico accesible en http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf
47. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/15. Ginebra: WHO, 2002.
48. Organización Mundial de la Salud (OMS). Health 21: the health for all policy for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 1999. Documento electrónico accesible en <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>
49. European Commission Directorate General for Health & Consumer Protection. Nutrition & Diet for Healthy Lifestyles in Europe : the EURODIET Evidence. *Pub Health Nut* 2001; 4(2(B)).
50. European Commission Directorate General for Health & Consumer Protection. The EURODIET Reports and Proceedings. *Pub Health Nut* 2001; 4(2(A)).
51. Organización Mundial de la Salud (OMS). First Action Plan for Food and Nutrition Policy. Copenhagen: WHO, 2001. Documento electrónico accesible en <http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf>
52. European Commission. Directorate of Public Health and Risk Assessment. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: a Blueprint for action. Luxembourg: 2004. Documento electrónico accesible en http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf
53. Monte Vázquez C. Apoyo institucional a la lactancia materna. en: Aguayo Maldonado J, (Ed.). La lactancia materna. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2001: 284-93.
54. Decreto 101/1995. BOJA-18 abril Derecho de los padres y los niños en el proceso del nacimiento.
55. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio. Sevilla: Consejería de Salud, 2002.
56. La Leche League. A brief history of La Leche League. 2003. Notes: Accesible en <http://www.lalecheleague.org/LLLhistory.html>
57. DeJager Ward J. La Leche League: at the crossroads of medicine, feminism and religion. Chapel Hill: University of North Caroline Press, 2000.
58. Lasarte Velillas J. Importancia de los grupos de apoyo. en: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografía N°5 AEP. Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2004: 147-51.
59. Organización Mundial de la Salud (OMS). Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra: OMS, 1981. Documento electrónico accesible en http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
60. Riaño Galán I, Lasarte Velillas J. Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM). En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografía N°5 AEP. Madrid: AEP, 2004: 409-18.
61. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Listado de grupos de apoyo a la lactancia materna. 2005. Documento electrónico accesible en <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/grupos.htm>
62. Asociación Americana de Pediatría (AAP). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 1997; 100(6):1035-9.
63. Asociación Americana de Pediatría (AAP). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005; 115(2):496-506.
64. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografía N°5 AEP. Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2004.
65. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Ep Pediat* 2005 (4): 338-54.
66. European Health for All Database (HFA-DB) [Online Database]. World Health Organization Regional Office for Europe; 2005. Con acceso 27/04/2005. Accesible en <http://data.euro.who.int/hfad/>
67. Hernández Aguilar MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografía N°5 AEP. Madrid: Asociación Española de Pediatría, 2004: 31-43.
68. Cerezo Jiménez M, López Pérez P. Informe técnico. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía, 1986.

69. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infant and young child feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes. Ginebra: WHO, 2003. Documento electrónico accesible en http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/icyf.pdf
70. OMS/UNICEF. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. Ginebra: 1993.
71. Organización Mundial de la Salud (OMS), Wellstart International. The Baby Friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Ginebra: WHO, 1999.
72. Riquelme Pérez M, Villegas Rodríguez V, López Morandeira P. Estudio de los factores que influyen sobre la elección y sobre la duración de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 1992; 36:382-6.
73. Organización Mundial de la Salud (OMS). División de Salud y Desarrollo del Niño. Leche Insuficiente. Actualización N° 21. Ginebra: 1996. Traducido al español por Juan José Lasarte Velillas (Pediatra). Documento electrónico accesible en <http://www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf>
74. Denzin N. Strategies of multiple triangulation. en: Denzin N, (Ed.). *The research act in sociology: a theoretical introduction to sociological method*. New York: Mc Graw Hill, 1978: 297-313.
75. White M, Verhoef M. Toward a Patient-Centered Approach: Incorporating Principles of Participatory Action Research Into Clinical Studies. *Integr Cancer Ther*. 2005; 4(1):21-4.
76. Berry LL, Seiders K, Wilder SS. Innovations in access to care: a patient-centered approach. *Ann Intern Med* 2003; 139(7):568-74.
77. Rivadeneyra R, Elderkin-Thompson V, Cohen Silver R, Waitzkin H. Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *Am J Med* 2000; 109(6):470-4.
78. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA* 1996; 275:152-6.
79. Vallés M. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis, 1997.
80. Kvale S. *InterViews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks (CA): Sage, 1996.
81. Taylor S, Bogdam R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós, 1992.
82. Ruíz Olabuenaga J. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1996.
83. Alonso Benito L. *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos, 1998.
84. Morse J. Is qualitative research complete? *Qualitative Health Research* 1996; 6:3-5.
85. Poses R, Isen AM. Qualitative research in medicine and health care: questions and controversy. *J Gen Intern Med* 1998; 13:32-8.
86. Rosenfield P. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Soc Sci Med* 1992; 35:1343-57.
87. Lavrakas P. *Telephone Survey Methods. Sampling, Selection and Supervision*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 1993.
88. Groves R, Biemer P, Lyberg L, Massey J, Nicholls W, Waksberg J. *Telephone Survey Methodology*. New York: John Wiley & Sons, 1988.
89. Frey J, Mertens Oishi S. *How to Conduct Interviews by Telephone and in Person*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, 1995.
90. Instituto Nacional de Estadística (INE)/Instituto Andaluz de Estadística (IEA). *Indicadores estadísticos de Andalucía. Movimiento Natural de la Población. Número de nacimientos totales*. IEA, 2005. Accesible en http://www.juntadeandalucia.es/institutoestadistica/ineco_web/index.jsp?tema=1413&cabecera=Nacimientos&cod_cabecera=1411
91. Rial Boubeta A, García Carreira A. Gandia Barbwin 4.0. *Metodología De Encuestas* 2000; 2(2):285-9.
92. Labarere J, Gelbert-Baudeno N, Ayrál A, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early routine, preventive visit: a prospective randomized open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005; 115:e139-e146.
93. Righard L, Alade M. Effect of delivery room routine on success of first breast-feed. *Lancet* 1990; 336:1105-7.
94. Ransjö-Arvidson A, Matthesen A, Lilja G, Nissen E, Widstrom A, Uvnäs-Moberg E. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature and crying. *Birth* 2001; 28(1):5-12.
95. Hostalot A, Sorní A, Jovani L, Mercé J, Iglesias J, Ariño y cols. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp Pediatr* 2001; 54:297-302.
96. Fuertes Domínguez A. *Pautas alimentarias y crecimiento durante el primer año de vida en la población aragonesa [Tesis Doctoral]*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 1988.
97. Bruch M, Casas J, Riba T. Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural de Lluçanès (Osona - Barcelona). *Enfermería Clínica* 2001; 11:7-12.
98. Gómez Sanchiz M, Baeza Berruti J, González Mateos J, Ávila Martín-Gil O. Prevalencia y características de la lactancia materna en el medio rural. *Aten Primaria* 1997; 19:317-22.
99. Ponce Ortega A. Consideraciones sobre la epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 2000; 53:605-6.
100. Barriuso Lapresa LM, Sanchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Epidemiología de la lactancia materna en el norte de España. *An Esp Pediatr* 1999; 237-43.
101. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo J, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez M. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gaceta Sanitaria* 2000; (15):104-10.
102. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp De Pediatr* 1999; 50:333-40.
103. García Vera C, Martín Calama J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Revista De Pediatría De Atención Primaria* 2000; 11(7):21-35.
104. Soto García M, Pérez Villaverde N, Rivilla Marugán L, Marañón Henrich N, Castillo Portales S, Estepa Jorge S. Prevalencia y características de la lactancia materna en el área de salud de Toledo. *SEMERGEN* 2003; 29(3):121-4.
105. González Estévez M, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002; 56:144-50.

106. Prats R, Bassols M, Prats B, Pérez G, Tresserres R, Salleras L. Evolució de la lactància materna a Catalunya. *Pediatría Catalana* 2002; (62):285-8.
107. Martínez Fernández M, Grifo Peñuelas M, Canicatti Galiano A et al. Lactancia materna. Volviendo a los cincuenta. *SEMERGEN* 2004; 30(4):159-63.
108. Dewey K, Nommsen-Rivers L, Heinig M, Cohen R. Risk for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003; 112:607-19.
109. Hernández Aguilar MT, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas J, García Vera C, Díaz Marijuan M, Martín Calama J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6400 lactantes. *Revista De Pediatría De Atención Primaria* 2004; 6(21): 19-29.
110. Lawrence RA. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Madrid: Mosby/Doyma, 1996.
111. Neville MC, Morton J. Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. *J Nutr* 2001;131(11):3005S-8S.
112. Neville M. Anatomía y fisiología de la lactancia. *Pediatr Clin North Am (Ed Esp)* 2001; 1:35-51.
113. Gómez de Terreros I. Aspectos nutricionales de la lactancia materna. En: Aguayo Maldonado J, (Ed.). La lactancia materna. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2001: 33-8.
114. Walker M. Expressing Pumping Breast Milk. en: ILCA. Core Curriculum for Lactation Consultant Practice. Boston: Jones and Bartlett, 2002: 582-606.
115. Peaker M, Wilde C, Knight C. Local control of the mammalian gland. *Biochem Soc Symp* 1998; 63:71-9.
116. Organización Mundial de la Salud (OMS). División de Salud y Desarrollo del Niño. Mastitis. Causes and management. Ginebra: WHO, 2000.
117. Mass S. Breast pain: engorgement, nipple pain and mastitis. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47(3):676-82.
118. Snowden H, Renfrew M, Woolridge M. Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001.
119. Inch S, Fisher C. Breastfeeding: early problems. *Pract Midwife* 2000; 3(1):12-5.
120. Martínez Rubio A. Problemas tardíos de la lactancia materna. En: Aguayo Maldonado J, (Ed.). La lactancia materna. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2001: 119-36.
121. Lucassen P, Assendelft W, Van Eijk J, Gubbels J, Douwes A, Van Geldrop W. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child* 2001; 84:298-403.
122. Jovani Roda L, Gutiérrez Culsant P, Aguilar Martín CNCR, Mayor Peguerotes I, Jornet Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002; 57(6):534-9.
123. Organización Mundial de la Salud (OMS). División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS, 1998. Documento electrónico accesible en http://www.who.int/reproductive-health/docs/lactancia_natural.pdf
124. Sloper K, Mc Kean L, Baum J. Factors influencing breastfeeding. *Arch Dis Child* 1975; 50:165-70.
125. Kuan L, Britto M, Decolongon J, Schoettker J, Atherton H, Kotagal U. Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics* 1999; 104:28.
126. Simopoulos A, Grave G. Factors associated with the choice and duration of infant-feeding practice. *Pediatrics* 1984; 74:603-14.
127. Marchand L, Morrow M. Infant feeding practices: understanding the decision making process. *Fam Med* 1994; 26:319-24.
128. Powers N, Naylor A, Wester R. Hospital policies: crucial to breastfeeding success. *Semin Perinatol* 1994; 18:517-24.
129. Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase de duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996; 97:669-75.
130. Hildebrandt H. Maternal perception of lactogenesis time: a clinical report. *J Hum Lact* 1999; 15:317-23.
131. Vestermark V, Hogdall C, Birch M, Plenov G, Toftager-Larsen K. Influence of the mode of delivery on initiation of breast-feeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991; 38:33-8.
132. Chapman D, Pérez-Escamilla R. Identification of risk factors for delayed onset of lactation. *J Am Diet Assoc* 1999; 99:450-4.
133. Leighton B, Halpern S. Epidural analgesia: effects on labor progress and maternal and neonatal outcome. *Semin Perinatol* 2002; 26(2):122-35.
134. Leighton B, Halpern S. The effects of epidural analgesia on labor, maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl Nature):S69-77.
135. Riordan J, Gross A, Angeron J, Krumwiede B, Melin J. The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration. *J Hum Lact* 2000; 16(1):7-12.
136. Renfrew M, Lang S, Woolridge M. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD000043.
137. Aguayo Maldonado J. La lactancia materna en recién nacidos pretérminos. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografía N°5 AEP. Madrid: Ergon, 2004: 95-105.
138. Organización Mundial de la Salud (OMS). Método madre canguro. Guía práctica. Ginebra: OMS, 2004. Documento electrónico accesible en http://www.who.int/reproductive-health/publications/kmc/kmc_sp.pdf
139. Dennis C, Hodnett E, Gallop R, Chalmers, B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002; 8(166):21-28.
140. Asociación Americana de Pediatría (AAP). Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics* 2000; 105:645-6.
141. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of Hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004; 114:297-316.
142. Dewey K, Cohen R, Nommsen-Rivers L, Heinig MJ. Implementation of the WHO Multicentre Growth Reference Study in the United States. *Food Nutr Bull* 2004; 25(1):S84-9.
143. Almirón P, Fatjó A, Fernández M, Fernández de Sanmamed MJ, Gómez MA, Martí M, Relat V. Mujeres y lactancia: entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario. *Aten Primaria* 1996; 17:501-6.
144. Peiró Pérez R, Colomer Revuelta C, Puig Barberá J. La opinión de las mujeres sobre su salud: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 1999; 24(1):12-8.

ANEXOS



Foto: Pep Colás

A.1 / PRINCIPALES INDICADORES DE LACTANCIA MATERNA. TABLAS DE RESULTADOS

A.2 / DOCUMENTOS TÉCNICOS

A1 Principales indicadores de lactancia materna. Tablas de resultados

Anexo 1. Principales indicadores de lactancia materna. Tablas de resultados

A continuación se muestran las tabulaciones de los principales indicadores de prevalencia de la lactancia materna. Los resultados se presentan como porcentajes verticales sobre las principales variables de cruce. A esta información, se añade la media y la desviación típica en el caso de las variables cuantitativas, duración de la LM Exclusiva y duración de la LM. Para contrastar si los resultados obtenidos en los distintos grupos analizados son significativos o no en relación a la población total, se ha empleado la prueba del Chi-Cuadrado. Asimismo, con el fin de reflejar si las diferencias entre grupos son estadísticamente significativas, las tablas de datos muestran el resultado de un contraste t de Student al 95% y al 99%.

CLAVES PARA LA INTERPRETACIÓN DE LOS CONTRASTES

Marca de Chi²: un símbolo de mayor o menor (>/<) junto al dato significa que éste es significativamente superior o inferior a la columna del total.

t de student: una letra en mayúscula bajo el dato indica que éste es significativamente superior, con un margen de confianza del 99%, al dato correspondiente de la columna etiquetada con esa letra. Las letras minúsculas indican significatividad estadística con un margen de confianza del 95%.

		CONDICIONANTES RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE (I)										
	TOTAL	EDAD DE LA MADRE (Años)				Nº DE HIJOS		NIVEL DE ESTUDIOS			RAE MADRE	
		(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)
% Verticales con marca de Chi ² y t de Student		<25	26-30	31-35	>35	Un hijo	Hijos previos	Hasta Primer grado	Segundo grado	Tercer grado	Ocupada	No ocupada
TOTAL ENCUESTAS	1087	103	273	456	254	475	612	74	689	322	543	544
A.- PREVALENCIA DE LM AL NACER												
Lactancia materna al nacer	85,2	81,5	86,7	84,9	85,6	86,7	84,0	77,4	84,4	88,7 _a	84,7	85,7
B.- INDICADORES OMS DE PREVALENCIA DE LM												
LACTANCIA MATERNA	37,8	34,4	34,5	38,3	42,1	36,0	39,2	28,8	37,7	40,2	34,0	41,7 _A
Lactancia materna exclusiva	9,6	8,4	8,0	10,4	10,5	7,4	11,3 _a	4,1	8,8	12,7 _A	9,6	9,6
Lactancia materna predominante	10,7	14,7	8,3	11,2	10,9	10,9	10,6	5,4	11,0 _a	11,4	9,6	11,9
Lactancia mixta o parcial	17,5	11,3	18,2	16,6	20,6 _a	17,6	17,3	19,3	17,9	16,1	14,7	20,2 _a
L.M. Completa (exclusiva + predominante)	20,4	23,1	16,3	21,7	21,4	18,4	21,9	<9,5	19,8 _A	24,1 _A	19,2	21,5
LACTANCIA ARTIFICIAL	62,2	65,6	65,5	61,7	57,9	64,0	60,8	71,2	62,3	59,8	66,0 _B	58,3

CONDICIONANTES RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE (II)												
	TOTAL	EDAD DE LA MADRE (Años)				Nº DE HIJOS		NIVEL DE ESTUDIOS			RAE MADRE	
		(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)
% Verticales con marca de Chi ² y t de Student		<25	26-30	31-35	>35	Un hijo	Hijos previos	Hasta Primer grado	Segundo grado	Tercer grado	Ocupada	No ocupada
TOTAL ENCUESTAS	1087	103	273	456	254	475	612	74	689	322	543	544
Base Iniciaron la LM y toman pecho + otro tipo de alimentos en el momento de la encuesta	705	66	188	291	159	322	383	52	456	197	352	353
C.- DURACIÓN MEDIA DE LA LM COMPLETA (EDAD INTRODUCCIÓN OTROS ALIMENTOS)												
Antes del 1 mes	14,9	16,9	17,7	12,1	15,8	14,9	14,9	21,0	16,2 ^c	10,3	13,0	16,7
Antes del 2 mes	20,3	27,2 ^d	25,9 ^D	19,3	<12,8	19,8	20,7	26,4	18,9	22,1	23,2	17,5
Antes del 3 mes	11,4	8,9	7,6	15,1 ^B	10,3	9,9	12,7	6,2	11,3	13,0	9,5	13,3
Antes del 4 mes	12,5	4,1	11,6 ^a	13,5 ^A	14,7 ^A	11,4	13,4	14,5	12,7	11,5	12,7	12,3
Entre el 4 y el 6 mes	34,8	36,3	30,3	33,6	42,1 ^b	36,8	33,2	25,5	34,5	37,7	36,8	32,9
Después del 6 mes	6,1	6,5	6,9	6,4	4,2	7,2	5,1	6,3	6,4	5,3	4,8	7,3
Media	2,86	2,74	2,71	2,87	3,06	2,96	2,77	2,50	2,87	2,91	2,86	2,86
Desviación	1,81	1,89	1,91	1,75	1,77	1,86	1,76	1,87	1,83	1,73	1,75	1,87

CONDICIONANTES RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE (III)												
	TOTAL	EDAD DE LA MADRE (Años)				Nº DE HIJOS		NIVEL DE ESTUDIOS			RAE MADRE	
		(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)
% Verticales con marca de Chi ² y t de Student		<25	26-30	31-35	>35	Un hijo	Hijos previos	Hasta Primer grado	Segundo grado	Tercer grado	Ocupada	No ocupada
TOTAL ENCUESTAS	1087	103	273	456	254	475	612	74	689	322	543	544
Base Iniciaron la LM y han sido destetados en el momento de la encuesta	515	48	143	213	110	241	274	36	321	157	276	239
D.- DURACIÓN MEDIA DE LA LM (EDAD DE DESTETE)												
Antes del 1 mes	13,1	22,7 ^c	14,9	10,0	12,6	12,9	13,3	14,6	15,4 ^c	8,2	9,4	17,4 ^A
Antes del 2 mes	21,3	19,7	27,2 ^d	21,2	14,7	21,2	21,4	30,0	22,0	18,0	22,4	20,0
Antes del 3 mes	17,5	16,9	14,7	18,6	19,2	14,5	20,1	19,7	19,2	13,5	15,1	20,2
Antes del 4 mes	16,8	13,2	12,2	18,0	21,3	16,8	16,7	11,4	14,0	>23,8 ^{ab}	17,3	16,2
Entre el 4 y el 6 mes	20,9	14,4	20,8	24,1	17,7	22,8	19,2	16,0	19,5	25,1	25,3 ^B	15,8
Después del 6 mes	10,5	13,0	10,1	8,1	14,4	11,8	9,3	8,4	9,9	11,5	10,5	10,4
Media	2,89	2,64	2,80	2,90	3,11	3,01	2,79	2,48	2,78	3,19 ^b	3,05	2,71
Desviación	2,06	2,23	2,19	1,92	2,09	2,12	2,00	1,96	2,10	1,95	2,01	2,10

CONDICIONANTES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO (I)															
	TOTAL	INFORMACIÓN EMBARAZO		INFORMACIÓN TRAS PARTO		TIPO DE PARTO			TIPO DE ANESTESIA			PECHO EN 1ª HORA		ALOJAMIENTO CONJUNTO	
		(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(A)	(B)
% Verticales con marca de Chi ² y t de Student		Sí	No	Sí	No	Vaginal SIN instrumental	Vaginal CON instrumental	Cesárea	General	Epidural	Sin anestesia	Sí	No	Sí	No
TOTAL ENCUESTAS	1087	759	328	560	527	661	182	244	50	661	376	671	416	947	140
A.- PREVALENCIA DE LM AL NACER															
Lactancia materna al nacer	85,2	87,4 B	80,1	84,6	85,8	88,2 C	89,0 C	74,1	80,6	84,2	87,5	>92,3 B	<73,6	86,1 b	78,8
B.- INDICADORES OMS DE PREVALENCIA DE LM															
LACTANCIA MATERNA	37,8	37,7	38,1	34,2	41,6 a	39,1	40,6	32,3	35,5	37,3	38,9	>42,7 B	<29,9	39,7 B	<24,8
Lactancia materna exclusiva	9,6	8,1	>13,1 a	8,2	11,2	9,9	9,0	9,4	7,8	9,6	9,9	9,7	9,6	9,7	9,2
Lactancia materna predominante	10,7	11,0	10,2	9,7	11,9	12,2 c	9,9	7,3	9,3	10,6	11,2	12,7 B	<7,5	11,5 B	<5,3
Lactancia mixta o parcial	17,5	18,6	14,8	16,4	18,6	16,9	21,8	15,6	18,5	17,1	17,7	20,3 B	<12,8	18,5 B	<10,3
L.M. Completa (exclusiva + predominante)	20,4	19,1	23,3	17,8	23,1 a	22,1	18,9	16,7	17,0	20,2	21,1	22,4 b	17,1	21,2 b	14,5
LACTANCIA ARTIFICIAL	62,2	62,3	61,9	65,8 b	58,4	60,9	59,4	67,7	64,5	62,7	61,1	57,3	>70,1 A	60,3	75,2 A

CONDICIONANTES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO (II)															
	TOTAL	INFORMACIÓN EMBARAZO		INFORMACIÓN TRAS PARTO		TIPO DE PARTO			TIPO DE ANESTESIA			PECHO EN 1ª HORA		ALOJAMIENTO CONJUNTO	
		(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(A)	(B)
% Verticales con marca de Chi ² y t de Student		Sí	No	Sí	No	Vaginal SIN instrumental	Vaginal CON instrumental	Cesárea	General	Epidural	Sin anestesia	Sí	No	Sí	No
TOTAL ENCUESTAS	1087	759	328	560	527	661	182	244	50	661	376	671	416	947	140
Base Iniciaron la LM y toman pecho + otro tipo de alimentos en el momento de la encuesta	705	516	190	375	330	436	122	147	34	421	250	460	245	608	97
C.- DURACIÓN MEDIA DE LA LM COMPLETA (EDAD DE INTRODUCCIÓN DE OTROS ALIMENTOS)															
Antes del 1 mes	14,9	13,3	19,1	15,5	14,2	13,8	18,7	14,8	13,8	15,5	13,9	14,6	15,4	15,0	14,0
Antes del 2 mes	20,3	20,0	21,2	21,3	19,2	20,2	21,2	19,9	17,0	20,7	20,2	20,0	21,0	19,7	24,3
Antes del 3 mes	11,4	11,6	11,0	12,6	10,1	11,8 b	6,0	14,8 b	14,6	12,9	8,6	11,1	12,0	10,6	16,6
Antes del 4 mes	12,5	11,8	14,4	11,7	13,4	13,8	10,4	10,3	8,1	11,3	15,2	13,3	10,9	12,6	11,9
Entre el 4 y el 6 mes	34,8	37,4 b	27,9	31,4	38,7 a	34,3	37,5	34,3	37,7	34,1	35,4	35,7	33,3	36,5 B	24,1
Después del 6 mes	6,1	6,0	6,4	7,6	4,3	6,1	6,2	5,9	8,8	5,5	6,6	5,3	7,4	5,6	9,0
Media	2,86	2,94	2,64	2,80	2,92	2,87	2,87	2,81	2,99	2,80	2,94	2,87	2,84	2,89	2,68
Desviación	1,81	1,80	1,83	1,83	1,79	1,78	1,90	1,82	1,87	1,81	1,81	1,78	1,86	1,80	1,86

CONDICIONANTES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO (III)															
	TOTAL	INFORMACIÓN EMBARAZO		INFORMACIÓN TRAS PARTO		TIPO DE PARTO			TIPO DE ANESTESIA			PECHO EN 1ª HORA		ALOJAMIENTO CONJUNTO	
		(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(A)	(B)
% Verticales con marca de Chi ² y t de Student		Sí	No	Sí	No	Vaginal SIN instrumental	Vaginal CON instrumental	Cesárea	General	Epidural	Sin anestesia	Sí	No	Sí	No
TOTAL ENCUESTAS	1087	759	328	560	527	661	182	244	50	661	376	671	416	947	140
Base Iniciaron la LM y han sido destetados en el momento de la encuesta	515	378	137	283	232	325	88	101	22	310	183	334	181	440	75
D.- DURACIÓN MEDIA DE LA LM (EDAD DE DESTETE)															
Antes del 1 mes	13,1	10,8	>19,6 _a	12,1	14,3	14,1 _c	16,6 _c	6,9	8,3	11,6	16,2	11,8	15,5	12,5	16,4
Antes del 2 mes	21,3	21,9	19,6	23,4	18,7	20,3	21,8	24,1	33,8	21,3	19,7	22,4	19,2	22,0	17,0
Antes del 3 mes	17,5	17,8	16,7	17,2	17,8	16,9	11,2	24,8 _b	11,9	19,2	15,2	18,0	16,4	17,2	19,1
Antes del 4 mes	16,8	16,7	17,0	17,3	16,1	15,8	13,7	22,6	24,6	18,1	13,5	14,8	20,4	16,6	17,6
Entre el 4 y el 6 mes	20,9	22,3	17,0	19,9	22,0	22,5 _c	24,2 _c	12,6	12,9	18,4	26,0	21,7	19,4	21,6	16,7
Después del 6 mes	10,5	10,5	10,2	10,0	11,0	10,4	12,5	9,0	8,5	11,3	9,3	11,3	8,9	10,0	13,2
Media	2,89	2,96	2,71	2,81	3,00	2,88	3,06	2,80	2,65	2,92	2,88	2,93	2,84	2,88	2,99
Desviación	2,06	2,05	2,07	1,92	2,22	1,98	2,44	1,94	1,90	2,07	2,07	2,07	2,04	2,03	2,23

CONDICIONANTES RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO (I)													
	TOTAL	SEXO RN		EDAD GESTACIONAL			PESO RN		PARTO GEMELAR		INGRESO AL NACER		
		(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	
% Verticales con marca de Chi ² y t de Student		Niño	Niña	Prematuros (<37 sem.)	A término (37-42 sem.)	Postmaduros (>42 sem.)	< 2.500 gr.	≥ 2.500 gr.	Sí	No	Sí	No	
TOTAL ENCUESTAS	1087	587	500	109	971	7	67	1020	27	1060	114	973	
A.- PREVALENCIA DE LM AL NACER													
Lactancia materna al nacer	85,2	82,9	87,8 _a	73,1	86,4 _A	100,0 _{AB}	72,6	86,0 _a	58,7	85,8 _A	77,1	86,1 _a	
B.- INDICADORES OMS DE PREVALENCIA DE LM													
LACTANCIA MATERNA	37,8	36,9	38,8	<25,5	39,0 _A	59,0	<17,6	39,1 _A	<14,4	38,4 _A	27,2	39,1 _A	
Lactancia materna exclusiva	9,6	8,7	10,8	11,3 _C	9,5 _C		2,8	10,1 _A		9,9 _A	6,9	9,9	
Lactancia materna predominante	10,7	10,1	11,5	<2,8	11,7 _{AC}		<1,3	11,4 _A		11,0 _A	5,5	11,3 _a	
Lactancia mixta o parcial	17,5	18,2	16,6	11,4	17,8	>59,0 _{ab}	13,5	17,7	14,4	17,5	14,8	17,8	
L.M. Completa (exclusiva + predominante)	20,4	18,8	22,2	14,0 _C	21,2 _{aC}		<4,0	21,4 _A	<	20,9 _A	12,5	21,3 _A	
LACTANCIA ARTIFICIAL	62,2	63,1	61,2	74,5 _B	61,0	41,0	>82,4 _B	60,9	85,6 _B	61,6	72,8 _B	60,9	

CONDICIONANTES RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO (II)												
	TOTAL	SEXO RN		EDAD GESTACIONAL			PESO RN		PARTO GEMELAR		INGRESO AL NACER	
		(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
% Verticales con marca de Chi ² y t de Student		Niño	Niña	Prematuros (<37 sem.)	A término (37-42 sem.)	Postmaduros (>42 sem.)	< 2.500 gr.	≥ 2.500 gr.	Sí	No	Sí	No
TOTAL ENCUESTAS	1087	587	500	109	971	7	67	1020	27	1060	114	973
Base Iniciaron la LM y toman pecho + otro tipo de alimentos en el momento de la encuesta	705	373	332	71	627	7	52	653	18	687	76	629
C.- DURACIÓN MEDIA DE LA LM COMPLETA (EDAD DE INTRODUCCIÓN DE OTROS ALIMENTOS)												
Antes del 1 mes	14,9	13,5	16,4	14,4	14,7	31,1	16,5	14,7	10,8	15,0	16,2	14,7
Antes del 2 mes	20,3	22,7	17,7	21,5 C	20,4 C		25,4	19,9	33,3	20,0	>30,5 b	19,1
Antes del 3 mes	11,4	12,1	10,6	17,2	10,8	11,7	18,0	10,9	15,6	11,3	14,8	11,0
Antes del 4 mes	12,5	9,3	16,0 A	9,5	12,8	17,5	7,5	12,9	5,6	12,7	7,4	13,1
Entre el 4 y el 6 mes	34,8	36,9	32,5	29,5	35,5	25,5	26,8	35,5	34,7	34,8	22,8	36,3 A
Después del 6 mes	6,1	5,5	6,7	7,9	5,8	14,1	5,8	6,1		6,2 A	8,3	5,8
Media	2,86	2,87	2,84	2,8	2,87	2,82	2,58	2,88	2,49	2,87	2,54	2,90
Desviación	1,81	1,84	1,77	1,86	1,80	2,25	1,85	1,81	1,55	1,82	1,96	1,79

CONDICIONANTES RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO (III)												
	TOTAL	SEXO RN		EDAD GESTACIONAL			PESO RN		PARTO GEMELAR		INGRESO AL NACER	
		(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
% Verticales con marca de Chi ² y t de Student		Niño	Niña	Prematuros (<37 sem.)	A término (37-42 sem.)	Postmaduros (>42 sem.)	< 2.500 gr.	≥ 2.500 gr.	Sí	No	Sí	No
TOTAL ENCUESTAS	1087	587	500	109	971	7	67	1020	27	1060	114	973
Base Iniciaron la LM y han sido destetados en el momento de la encuesta	515	270	245	52	460	3	36	479	11	504	57	458
D.- DURACIÓN MEDIA DE LA LM (EDAD DE DESTETE)												
Antes del 1 mes	13,1	11,5	14,8	7,4	13,6	33,3	14,0	13,0		13,4 A	18,3	12,5
Antes del 2 mes	21,3	23,1	19,3	26,4 C	20,9 C		25,9	21,0	35,8	21,0	24,9	20,8
Antes del 3 mes	17,5	18,3	16,6	21,3 C	17,1 C		22,9	17,1	32,2	17,1	16,5	17,6
Antes del 4 mes	16,8	17,6	15,9	22,2 C	16,3 C		10,2	17,3	16,6	16,8	14,5	17,1
Entre el 4 y el 6 mes	20,9	18,8	23,2	14,9	21,5	32,2	16,1	21,2	15,4	21,1	15,5	21,6
Después del 6 mes	10,5	10,7	10,3	7,8	10,6	34,5	11,0	10,4		10,7 A	10,3	10,5
Media	2,89	2,87	2,92	2,76	2,90	3,78	2,8	2,90	2,30	2,91	2,74	2,91
Desviación	2,06	2,02	2,11	1,99	2,06	3,43	2,36	2,04	1,22	2,07	2,33	2,02

		CONDICIONANTES RELACIONADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO (IV)											
	TOTAL	EDAD DEL RECIÉN NACIDO (MES A MES)											
		(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(K)	(L)
		1 m.	2 m.	3 m.	4 m.	5 m.	6 m.	7 m.	8 m.	9 m.	10 m.	11 m.	1 año
TOTAL ENCUESTAS	1087	28	126	160	156	128	117	126	33	31	49	51	82
B.- INDICADORES OMS DE PREVALENCIA DE LM													
LACTANCIA MATERNA	37,8	73,5	62,7	57,9	47,6	34,0	27,6	25,4	19,3	20,2	22,0	13,8	7,6
Lactancia materna exclusiva	9,6	37,4	19,0	17,1	13,5	6,5	4,8	3,1			3,8	2,0	1,3
Lactancia materna predominante	10,7	22,1	25,7	22,8	18,5	3,9	3,1	1,4				4,8	
Lactancia mixta o parcial	17,5	14,1	17,9	18,0	15,6	23,6	19,8	20,8	19,3	20,2	18,3	7,0	6,4
L.M. Completa (exclusiva + predominante)	20,4	59,5	44,8	39,8	32,0	10,4	7,8	4,6			3,8	6,8	1,3
LACTANCIA ARTIFICIAL	62,2	26,5	37,3	42,1	52,4	66,0	72,4	74,6	80,7	79,8	78,0	86,2	92,4

A2 Documentos técnicos

Anexo 2. Documentos Técnicos

FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA DE PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN ANDALUCÍA

FICHA TÉCNICA CE-0404 – Fase Cuantitativa	
Ámbito:	Comunidad Autónoma de Andalucía.
Universo:	El universo teórico del estudio lo conforma los hogares andaluces con hijos nacidos entre Junio de 2003 y Junio de 2004. La persona entrevistada era en todos los casos la madre del recién nacido.
Tipo de Muestreo:	Estratificado por grupo de edad del niño con afijación óptima en función de la prevalencia de LM estimada para cada grupo y afijación proporcional por provincia en función del número de nacimientos registrados.
Tipo de Entrevista:	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador (CATI).
Tamaño muestral:	Se han realizado 1.087 entrevistas (error máximo aproximado $\pm 5,00\%$).
Duración:	El cuestionario tenía una duración media aproximada de 5,7 minutos.
Fechas:	Trabajo de campo y tratamiento estadístico de los resultados realizado por la Unidad CATI del Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA/CSIC) en Julio de 2004.

**CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE PREVALENCIA DE
LA LACTANCIA MATERNA EN ANDALUCÍA**

Buenos días/tardes, mi nombre es... y le llamo del Instituto de Estudios Sociales de Andalucía. En la actualidad estamos realizando un estudio para la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía sobre alimentación infantil. ¿Le importaría respondernos a unas preguntas? Contestarlas no le llevará mas de 5 minutos y estará contribuyendo con ello a la mejora de la nutrición de nuestros niños. Los datos que nos facilite serán tratados de forma absolutamente confidencial y anónima. Muchas gracias de antemano por su participación.

<p>P1.- ¿Vive en su hogar algún bebé menor de 14 meses? SI LA RESPUESTA ES NO, RECHAZAR ENTREVISTA Y ANOTAR INCIDENCIA</p> <p>[P1]</p> <p>Sí 1 No 2</p>	<p>A continuación vamos a referirnos a algunas cuestiones relacionadas con su último parto.</p> <p>P5_1.- ¿Tras cuántas semanas de gestación dio a luz a su último hijo/a? ANOTAR NÚMERO APROXIMADO DE SEMANAS. SI NO SABE NÚMERO DE SEMANAS PREGUNTAR MESES Y CONVERTIR A SEMANAS COMO SIGUE:</p> <p>7 MESES = 32 SEMANAS 8 MESES = 36 SEMANAS 9 MESES = 40 SEMANAS</p> <p>[P5_1]</p> <p>semanas No sabe= 88 No contesta= 99</p>
<p>P2.- ¿Es Vd. la madre? SI NO ES LA MADRE PREGUNTAR POR ELLA Y CONTINUAR ENTREVISTA. EN CASO DE QUE NO ESTÉ DISPONIBLE EN ESE MOMENTO APLAZAR CITA. SI SE ENCUENTRA FUERA (P.E. DE VACACIONES) SOLICITAR TELÉFONO DE CONTACTO Y ANOTAR EN TELÉFONO ALTERNATIVO 1.</p> <p>[P2]</p> <p>Sí 1 No 2</p>	<p>P5_2.- ¿Le pusieron anestesia en el parto?</p> <p>[P5_2]</p> <p>Sí, anestesia general 1 Sí, anestesia epidural 2 No, fue un parto sin anestesia 3 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>P3.- Durante el embarazo de su último hijo/a, ¿recibió algún tipo de información sobre la lactancia materna?</p> <p>[P3]</p> <p>Sí 1 No 2</p> <p>Salto: Si P3=(2) ir a P5_1</p>	<p>P6.- ¿El parto fue...?</p> <p>[P6]</p> <p>Por vía vaginal SIN instrumental (forceps, ventosa, etc.) 1 Por vía vaginal CON instrumental (forceps, ventosa, etc.) 2 Por cesárea 3 No sabe 8 No contesta 9</p>
<p>P4.- ¿De quién o quienes recibió información sobre la lactancia materna? RESPUESTA MÚLTIPLE</p> <p>[P4]</p> <p>Del médico/a de cabecera 1 Del pediatra 2 Del ginecólogo u obstetra 3 Del matró/n/a o ATS 4 De familiares o amigos 5 Otros especificar 7 No sabe 8 No contesta 9</p> <p>Filtros: Si NO P4=(7) ir a la siguiente</p> <p>[P4_OTROS]</p>	<p>P7_1.- ¿Cuál es el sexo del bebé?</p> <p>[P7_1]</p> <p>Niño 1 Niña 2</p>
	<p>P7_2.- ¿Cuánto pesó su hijo/a al nacer? ANOTAR PESO APROXIMADO EN GRAMOS</p> <p>[P7_2]</p> <p>gramos No recuerda/ No sabe= 8888</p>
	<p>P8.- ¿Le pusieron el bebé al pecho en la primera hora tras el parto?</p> <p>[P8]</p> <p>Sí 1 No 2</p>

<p>P9.- ¿Le dieron información acerca de la lactancia materna en el hospital o clínica donde nació su bebé?</p> <p>[P9]</p> <p>Sí 1 No 2</p>	<p>P14.- ¿Por qué motivos comenzó a darle otros alimentos a su bebé? ¿Alguno más?</p> <p>[P14]</p> <p>Contesta 77 No sabe 88 No contesta 99</p>
<p>P10.- Mientras estuvo ingresada, ¿el bebé permaneció todo el tiempo con usted?</p> <p>[P10]</p> <p>Sí 1 No 2</p>	<p>Filtros: Si NO P14=(77) ir a la siguiente [P14_OTROS]</p>
<p>P11_1.- Cuando nació, ¿su bebé tuvo algún problema de salud por el que tuviera que permanecer ingresado?</p> <p>[P11_1]</p> <p>Sí 1 No 2</p>	<p>RESPUESTA MÚLTIPLE</p> <p>ANOTAR TODO LO QUE RESPONDA LA ENTREVISTADA. NO OS CONFORMÉIS CON LA PRIMERA RESPUESTA, SEGUIR INCIDIENDO EN LOS MOTIVOS. SEPARAR CON PUNTO Y COMA LAS DIFERENTES RESPUESTAS (;)</p>
<p>P11_2.- Y posteriormente, ¿ha tenido que ingresar al bebé por algún problema de salud?</p> <p>[P11_2]</p> <p>Sí 1 No 2</p>	<p>P15.- ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando dejó de darle pecho definitivamente?</p> <p>Filtros: Si P12=(1) ir a E1 [P15_1]</p>
<p>A continuación le voy a hacer algunas preguntas acerca de la alimentación de su bebé.</p> <p>P12.- ¿Cuáles de los siguientes alimentos tomó su hijo/a en el día de ayer?</p> <p>LEER UNO A UNO ASEGURÁNDOSE DE ANOTAR TODOS LOS ALIMENTOS O BEBIDAS INGERIDOS POR EL BEBÉ EN EL DÍA DE AYER</p> <p>Respuesta múltiple [P12]</p> <p>Pecho (leche materna) 1 Otro tipo de leche (leches infantiles, leche de vaca, etc.) 2 Agua y líquidos similares (suero, manzanilla, té, etc...) 3 Otros líquidos (zumos de frutas, etc.) 4 Otros alimentos semisólidos o sólidos (papillas, purés, yogures etc.) 5</p> <p>Saltos: Si P12=(1) Y NO P12=(2;4;5) ir a E1</p>	<p>meses [P15_2]</p> <p>semanas</p> <p>Nunca ha dado pecho = 0 No recuerda / No sabe = 88 No contesta = 99</p> <p>ANOTAR RESPUESTA EN MESES Y SEMANAS. EJEMPLOS: - LA CUARENTENA -> 1 MES 1 SEMANA - NUNCA HA DADO PECHO -> 0 MESES 0 SEMANAS - A LOS 2 MESES -> 2 MESES 0 SEMANAS - A LOS 2,5 MESES -> 2 MESES 2 SEMANAS - A LAS 10 SEMANAS -> 0 MESES 10 SEMANAS - NO SABE -> 88 MESES 88 SEMANAS</p>
<p>P13.- ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando además de la leche materna empezó a darle otro tipo de líquidos o alimentos?</p> <p>[P13_1]</p> <p>_____</p> <p>[P13_2]</p> <p>_____</p> <p>meses semanas</p> <p>Nunca ha dado pecho = 0 No recuerda / No sabe = 88 No contesta = 99</p> <p>ANOTAR RESPUESTA EN MESES Y SEMANAS. EJEMPLOS:</p> <p>- LA CUARENTENA -> 1 MES 1 SEMANA - NUNCA HA DADO PECHO -> 0 MESES 0 SEMANAS - A LOS 2 MESES -> 2 MESES 0 SEMANAS - A LOS 2,5 MESES -> 2 MESES 2 SEMANAS - A LAS 10 SEMANAS -> 0 MESES 10 SEMANAS - NO SABE -> 88 MESES 88 SEMANAS</p>	<p>P16.- ¿Por qué razones dejó de dar pecho a su bebé? ¿Algo más?</p> <p>[P16]</p> <p>Contesta 77 No sabe 88 No contesta 99</p> <p>Filtros: Si NO P16=(77) ir a la siguiente [P16_OTROS]</p> <p>RESPUESTA MÚLTIPLE</p> <p>ANOTAR TODO LO QUE RESPONDA LA ENTREVISTADA. NO OS CONFORMÉIS CON LA PRIMERA RESPUESTA, SEGUIR INCIDIENDO EN LOS MOTIVOS. SEPARAR CON PUNTO Y COMA LAS DIFERENTES RESPUESTAS (;)</p>

**ESTUDIO: LACTANCIA MATERNA
CLAVE: IESA CE0404**

Voy a preguntarle a continuación algunos datos que nos servirán para analizar mejor las respuestas a las preguntas que le he hecho hasta ahora.

**E1.-
¿Cuántos años cumplió Vd. en su último cumpleaños?
ANOTAR EDAD EXACTA**
[E1]

Años
No contesta= 99

**E2.-
¿Cuántos hijos tiene?
ANOTAR NÚMERO TOTAL DE HIJOS**
[E2]

Hijos
No contesta= 99

**E3.-
En la actualidad, ¿cuál es su Estado Civil?**
[E3]

Soltera 1
Casada 2
Conviviendo en pareja 3
Divorciada / Separada 4
Viuda 5
No contesta 9

**E4.-
¿Podría decirme cuál es el código postal de su domicilio habitual?
ANOTAR CÓDIGO POSTAL
SI NO LO CONOCE, ANOTAR 88888 EN EL ESPACIO RESERVADO PARA EL CÓDIGO POSTAL Y ESCRIBIR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO DONDE RESIDE**
[E4_1]

Código postal

Filtros:
Si NO E4_1=88888 ir a la siguiente
[E4_2]

Municipio

**E5.-
¿Qué estudios tiene Vd.? (Los de más alto nivel que haya terminado)**
[E5]

No sabe leer o escribir 1
Sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela .. 2
Fue a la escuela 5 años o más pero sin completar EGB, ESO o Bachillerato elemental 3
Bachiller elemental, EGB, ESO completa (Graduado Escolar) 4
Bachiller superior, BUP, Bachiller LOGSE, COU, PREU 5
FPI, FP Grado medio, Oficialía industrial o equivalente 6
FP II, FP Superior, Maestría industrial o equivalente, Conservatorio 10 años 7
Diplomatura, Ingeniería Técnica, 3 cursos aprobados de Licenciatura, Ingeniería Superior o Arquitectura 8
Arquitectura, Ingeniería Superior, Licenciatura o equivalente 9
Doctorado (tercer ciclo) 10
No contesta 99

**E6_1.-
¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Vd. en este momento?**

RESPUESTA MÚLTIPLE

[E6_1]
Trabaja fuera de casa (aunque esté de baja) 1
Jubilado o pensionista 2
Parada y busca empleo 3
Parada y no busca empleo 4
Estudiante 5
Ama de casa 6
Otras situaciones 7
No contesta 99

Filtros:
Si NO E6_1=(7) ir a la siguiente
[E6_1_OTROS]

**E6_2.-
¿Y su marido o pareja?
RESPUESTA MÚLTIPLE**

Filtros:
Si NO E3=(2;3) ir a la siguiente
[E6_2]
Trabaja fuera de casa (aunque esté de baja) 1
Jubilado o pensionista 2
Parado y busca empleo 3
Parado y no busca empleo 4
Estudiante 5
Ama de casa 6
Otras situaciones 7
No contesta 99

Filtros:
Si NO E6_2=(7) ir a la siguiente
[E6_2_OTROS]

**E7_1.-
¿Cuál es la ocupación de su marido o pareja?
ESPECIFICAR LO MÁXIMO POSIBLE**

Filtros:
Si NO E6_2=(1) ir a la siguiente
[E7_1]
Contesta 777
No sabe 888
No contesta 999

Filtros:
Si NO E7_1=(777) ir a la siguiente
[E7_1_OTROS]

**E7_2.-
¿Podría decirme cuál es su ocupación actual?
ESPECIFICAR LO MÁXIMO POSIBLE**

Filtros:
Si NO E6_1=(1) ir a E13
[E7_2]
Contesta 777
No sabe 888
No contesta 999

Filtros:
Si NO E7_2=(777) ir a la siguiente
[E7_2_OTROS]

E8.-
¿Qué tipo de contrato tiene Vd. en su trabajo actual?
NO leer salvo si no hay respuesta espontánea
[E8]

<i>Es funcionaria</i>	<i>1</i>
<i>Contrato indefinido.....</i>	<i>2</i>
<i>Contrato temporal formativo (de formación, en prácticas, etc.)</i>	<i>3</i>
<i>Contrato temporal por obra o servicio</i>	<i>4</i>
<i>Contrato temporal de interinidad</i>	<i>5</i>
<i>Otros contratos temporales</i>	<i>6</i>
<i>Contrato fijo-discontinuo.....</i>	<i>7</i>
<i>Contrato mercantil.....</i>	<i>8</i>
<i>No tiene contrato</i>	<i>9</i>
<i>Autónoma.....</i>	<i>10</i>
<i>Otro tipo de contrato (especificar)</i>	<i>77</i>
<i>No sabe</i>	<i>88</i>
<i>No contesta.....</i>	<i>99</i>

Filtros:
Si NO E8=(77) ir a la siguiente
[E8_OTROS]

E9.-
¿Qué tipo de jornada tiene?
[E9]

<i>A tiempo completo.....</i>	<i>1</i>
<i>A tiempo parcial / Por horas.....</i>	<i>2</i>
<i>No sabe</i>	<i>8</i>
<i>No contesta.....</i>	<i>9</i>

E10.-
Tras su último parto, ¿ha tenido período de baja maternal?
[E10]

<i>Sí</i>	<i>1</i>
<i>No</i>	<i>2</i>
<i>No recuerda/ No sabe.....</i>	<i>8</i>
<i>No contesta.....</i>	<i>9</i>

Saltos:
Si E10=(2) ir a E12
Si E10=(8;9) ir a E13

E11.-
¿Cuánto tiempo ha estado de baja maternal?
ANOTAR NÚMERO EXACTO DE SEMANAS.
[E11]

Saltos:
Si E11>=16 ir a E13

semanas
No recuerda/ no sabe = 88
No contesta = 99

E12.-
¿Por qué motivos no ha tenido baja maternal o ha tenido que incorporarse a su puesto de trabajo antes de las 16 semanas de baja? ¿Alguno más?
[E12]

<i>Contesta.....</i>	<i>77</i>
<i>No sabe</i>	<i>88</i>
<i>No contesta</i>	<i>99</i>

Filtros:
Si NO E12=(77) ir a la siguiente
[E12_OTROS]

RESPUESTA MÚLTIPLE
ANOTAR TODO LO QUE RESPONDA LA ENTREVISTADA. NO OS CONFORMÉIS CON LA PRIMERA RESPUESTA SEGUIR INCIENDO EN LOS MOTIVOS. SEPARAR CON PUNTO Y COMA LAS DIFERENTES RESPUESTAS (:)

E13.-
Para finalizar, podría decirme aproximadamente, ¿Cuáles son los ingresos netos que entran en su hogar al mes por todos los conceptos? (Es decir, incluyendo lo que aportan todos los miembros del hogar)
[E13]

<i>Menos de 600 €</i>	<i>1</i>
<i>Entre 600 € y 1.000 €</i>	<i>2</i>
<i>Entre 1.000 € y 2.000 €</i>	<i>3</i>
<i>Entre 2.000 € y 3.000 €</i>	<i>4</i>
<i>Más de 3.000 €.....</i>	<i>5</i>
<i>No sabe</i>	<i>8</i>
<i>No contesta</i>	<i>9</i>

E14.-
¿Estaría Vd. dispuesta a participar en una reunión para hablar más en profundidad acerca de estos temas?
[E14]

<i>Sí</i>	<i>1</i>
<i>No.....</i>	<i>2</i>
<i>NS.....</i>	<i>8</i>
<i>NC</i>	<i>9</i>

MUCHAS GRACIAS POR EL TIEMPO DEDICADO. QUE PASE UN BUEN DÍA / UNA BUENA TARDE.

FICHA TÉCNICA DE LA FASE CUALITATIVA**FICHA TÉCNICA CE-0404 – Fase Cualitativa**

Ámbito:	Comunidad Autónoma de Andalucía.
Universo:	Madres con hijos nacidos en Andalucía entre Junio de 2003 y Junio de 2004.
Técnica:	Entrevista semiestructurada.
Tamaño muestral:	15 entrevistas.
Duración:	40-90 minutos.
Fechas:	Trabajo de campo y análisis de las entrevistas realizado por la Unidad Cualitativa del Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA/CSIC) entre Febrero y Mayo de 2005.

GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD A MADRES

1. **Presentación**
2. **Su experiencia de la maternidad:**
 - embarazo
 - parto
 - crianza temprana
 - fuentes de información sobre la maternidad: cuáles fueron y cómo llegó a ellas, cómo le influyeron
3. **Los primeros momentos de vida del bebé:**
 - ¿cómo fueron? ¿cómo se sintió?
 - ¿cómo se comportaron los amigos, la familia, la pareja, las mujeres con experiencia en maternidad?
 - ¿qué hizo el personal sanitario del hospital al nacer el bebé? ¿qué tipo de alimentación le dieron al bebé? ¿le dieron chupetes? ¿dejaron que estuviera con su bebé todo el tiempo de estancia en el hospital?
 - ¿el personal del hospital le informó sobre los tipos de lactancia? ¿qué le dijo el personal del hospital sobre cómo se amamanta a los bebés?
4. **La lactancia de su bebé:**
 - ¿cómo es la alimentación del bebé?
 - ¿cómo se siente con su decisión sobre el tipo de alimentación que tiene el bebé? ¿cómo se siente en la práctica? ¿percibe algún tipo de influencia (familiares, de pareja, laborales, de los amigos...) que le hacen sentir más cómoda o más incómoda?
 - fuentes de información sobre la lactancia: cuáles fueron y cómo llegó a ellas, cómo le influyeron
 - criterios de amamantamiento: mamar la primera hora de vida del bebé, que estén juntos madre e hijo, que no le den otros de alimentos o bebidas, que no le den chupetes ni biberones, lactancia a demanda (incluso por la noche)... ¿los conoce? ¿los puede seguir?
 - introducción de los alimentos complementarios: ¿cómo y cuándo fue? ¿qué razones la motivó?
 - destete: ¿cómo y cuándo fue? ¿qué razones lo motivó?
5. **Proyección:**
 - si hubiera tenido la oportunidad de vivir una situación ideal, ¿cómo le hubiera gustado que fuese tu parto y cómo le hubiese gustado alimentar a tu bebé?
6. **La lactancia en general:**
 - ¿cómo cree que viven las mujeres la lactancia materna? ¿se muestran favorables o desfavorables? ¿qué razones puede haber detrás de las decisiones de dar o no dar el pecho?
7. **Opinión sobre la entrevista y sugerencias que quiera exponer**



aniversario
1985-2005

PROGRAMA DE SALUD
MATERNO - INFANTIL