



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Causas del abandono de la
lactancia materna en la zona
básica de Úbeda.



Alumno: Pablo Ruiz Poyato.

Tutor: Prof. D. Juan Miguel Martínez Galiano.
Dpto: Enfermería

Abril, 2014



UNIVERSIDAD DE JAÉN

UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
GRADO EN ENFERMERÍA
Trabajo Fin de Grado

Causas del abandono de la lactancia materna en la zona básica de Úbeda.



PABLO RUIZ POYATO

FIRMADO:

Pablo Ruiz Poyato

INDÍCE

1. RESUMEN.....	PAG.4
2. INTRODUCCIÓN.....	PAG.6
2.1. REFERENCIA HISTÓRICA.....	PAG.6
2.2. DEFINICIÓN LACTANCIA MATERNA.....	PAG.8
2.3. PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	PAG.9
2.4. MECANISMO ANATÓMICO Y MECANISMO DE SUCCIÓN.....	PAG.10
2.4.1. ANATOMÍA.....	PAG.10
2.4.2. FISIOLÓGÍA.....	PAG.12
2.4.2.1. LACTÓGENESIS.....	PAG.12
2.4.2.2. LACTOPOYESIS.....	PAG.13
2.4.2.3. REFLEJOS INFANTILES.....	PAG.14
2.5. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	PAG.14
2.6. FACTORES QUE PREDISPONEN AL ABANDONO.....	PAG.15
2.6.1. CARACTERÍSTICAS MATERNAS.....	PAG.16
2.6.2. FACTORES ASOCIADOS CON EL SISTEMA DE SALUD.....	PAG.17
2.7. ESTRATEGIAS QUE SE HAN IMPLEMENTADO.....	PAG.18
3. JUSTIFICACIÓN.....	PAG.19
4. OBJETIVOS.....	PAG.19
5. METODOLOGÍA.....	PAG.19
6. RESULTADOS.....	PAG.21
7. DISCUSIÓN.....	PAG.25
8. CONCLUSIONES.....	PAG.28
9. BIBLIOGRAFÍA.....	PAG.29
10. ANEXOS.....	PAG.35
10.1. CUESTIONARIO.....	PAG.35
10.2. CERTIFICADO COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.....	PAG.37

1.RESUMEN

Justificación: Las tasas de lactancia materna en nuestro país son bajas y lejos de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Objetivo: Conocer la tasa de lactancia materna a los 4 meses de vida del bebe y las principales causas de abandono de esta.

Metodología: Estudio observacional descriptivo transversal en el cual se obtiene información sobre diferentes variables sociodemográficas, relacionadas con la lactancia, etc. que se recoge a través de un cuestionario auto administrado a madres de bebes de 4 meses que acuden a la visita correspondiente del programa del niño sano. Se determinan frecuencias absolutas y relativas.

Resultados principales: La tasa de lactancia materna exclusiva a los 4 meses de vida del bebe fue del 51.02%. La principal causa de abandono de la lactancia fue la hipogalactia.

Conclusiones: La tasa de lactancia materna exclusiva a los 4 meses de vida del bebe es baja.

PALABRAS CLAVE: lactancia materna, causas de abandono de la lactancia materna, alimentación del recién nacido, recién nacido.

ABSTRACT

Justification: Breastfeeding rates in our country are low and away from the recommendations of the World Health Organization.

Objective: To determine the rate of breastfeeding at 4 months of baby's life and the main causes of this neglect.

Methodology: Cross-sectional observational study in which information on sociodemographic variables related to breastfeeding, etc. is obtained. which is collected through a self-administered to mothers of babies four months attending the program check the appropriate well-child questionnaire. Absolute and relative frequencies are determined.

Main results: The rate of exclusive breastfeeding at 4 months of age the baby was 51.02%. The main reason for discontinuation of breastfeeding was hypogalactia.

Conclusions: The rate of exclusive breastfeeding at 4 months of baby's life is low.

KEYWORDS: breastfeeding, causes of abandonment of breastfeeding, infant feeding, newborn.

2. INTRODUCCIÓN

2.1) REFERENCIA HISTÓRICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que como mínimo la lactancia materna exclusiva (LME) abarque los primeros seis meses de vida. Sin embargo, lamentablemente, una pequeña parte de los neonatos (35%) a nivel mundial reciben lactancia materna exclusiva pasados los primeros tres a cuatro meses de vida. ⁽¹⁾

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra. Pues bien, eso es lo que se ha perdido: la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente, el vínculo afectivo natural entre madres e hijos. Es imprescindible recuperar la LME de la relativa marginalidad en la que se encuentra, revalorizándola a través de una mayor visibilidad social y conexión con la realidad actual. ⁽²⁾

En esa pérdida intervienen fundamentalmente dos componentes:

1. Modificaciones de la leche de vaca: hasta fines del siglo XIX poco se sabía de la composición de la leche y de sus diferencias con las de otros mamíferos. Se conocen desde la antigüedad recipientes en forma de biberón que hablan de los intentos de alimentación de niños con leches de animales, pero no es hasta finales de 1800 en que el progreso de las ciencias, de la química en concreto, hizo que se empezasen a realizar modificaciones aceptables de la leche de vaca.

2. Cambios sociológicos: ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX, entre ellos:

- La incorporación de la mujer al trabajo asalariado hace ver el amamantamiento como un problema, derivándose inicialmente (siglo XIX) hacia la lactancia mercenaria, que se extiende hasta los estratos más humildes de la sociedad y posteriormente (siglo XX) hacia la lactancia artificial.

- Un cierto espíritu de modernidad con creencia ciega en avances científico-técnicos, que hace que el pensamiento dominante acepte que todo lo artificial es mejor que lo natural, encuadrándose en esto la llamada “maternidad científica”.
- Pensamiento feminista inicial con pretensión de la mujer de todos los comportamientos y valores del otro género, incluso los perjudiciales para la especie. La lactancia artificial es considerada como una liberación.
- Enormes intereses económicos industriales.
 - Una participación activa de la clase sanitaria, fundamentalmente, médica, convencida inicialmente de las maravillas de la maternidad científica aunada a una cierta prepotencia que negaba cualquier posibilidad de intervención válida de las propias mujeres en su parto y en la crianza de sus hijos. (2)

En torno al inicio del siglo XX se inicia el mayor experimento a gran escala en una especie animal y sin comprobaciones previas de los posibles resultados: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial: centenares de miles de niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Las consecuencias, que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo expoliado (miles de muertos por infecciones y desnutrición) y muy graves y posiblemente no del todo conocidas en las sociedades enriquecidas de la tierra (aumento de enfermedades infecciosas e inmunitarias, de consultas médicas y de hospitalizaciones).(2) (3)

Lo que en términos adaptativos globales supone una mejora para la supervivencia de los homínidos, hace que el parto suela necesitar asistencia en los humanos, convirtiéndolo en una actividad social más que en un comportamiento solitario. Esa asistencia, a lo largo del último siglo y según países, se viene prestando en hospitales coincidiendo con la implantación de la maternidad científica y el predominio de alimentación artificial: una serie de rutinas erróneas han sido difundidas por nosotros los sanitarios y, la mayor parte de ellas, contribuyen a dificultar enormemente la LME. (2)

Hoy día, sobre todo en los países ricos, no podemos invocar ni el feminismo, ni el trabajo asalariado de la mujer, ni la presión de la industria de sucedáneos como excusa para no aumentar la prevalencia de la lactancia. Por otra parte, tras los desastres causados por empleo perverso de la ciencia, lo artificial es denostado en beneficio de lo natural.(2)

La LME es un fenómeno biocultural, simbiosis de instinto y cultura. Es el aspecto cultural el que le confiere una especial vulnerabilidad: avances científicos, cambios sociológicos, desinterés de sanitarios y presiones comerciales han estado a punto de hacerla desaparecer en el último siglo. Hasta hace unos 100 años, todos los niños eran amamantados, pero no siempre por sus madres. En muchas civilizaciones los niños de clases altas eran criados por nodrizas. La mortalidad de estos niños era muy superior a la de los alimentados por sus madres. (2)(4)

Los intentos, conocidos desde antiguo, de alimentar recién nacidos y lactantes con leches de animales o modificaciones de las mismas se saldaban hasta los albores de 1900 con una mortalidad cercana al 100%. Desde la prehistoria, la duración media recomendada y practicada de la LME en las diversas culturas se ha mantenido estable entre los 2 y 4 años.(2)

Gracias a la intervención de grupos de mujeres (Liga de la Leche y posteriores grupos de apoyo), grupos de presión como IBFAN (Red Internacional de Acción sobre Alimentos de Lactantes), organismos internacionales como OMS(Organización Mundial de la Salud) y UNICEF(Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) y, posteriormente, asociaciones de profesionales sanitarios, en las últimas décadas muchos países están empezando a remontar sus índices de lactancia. (2)

Se precisará un esfuerzo conjunto y mantenido para acercarse a lo ideal: 100% de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad. (2)

2.2: DEFINICIÓN LACTANCIA MATERNA.

Dado que el concepto de “lactancia materna” por sí solo es insuficiente para describir los distintos tipos de administración de la misma y sus diferentes efectos en la nutrición y el estado de los lactantes, la OMS y expertos estudiosos de la lactancia recomiendan definir estrictamente las distintas modalidades de la lactancia materna y utilizarlas de manera estandarizada en todos los estudios epidemiológicos sobre lactancia:

- Lactancia materna completa (LMC): el lactante no recibe como alimentación más que leche de mujer, pudiendo además estar recibiendo otros líquidos distintos de FA (fórmulas artificiales). Comprende:

- Lactancia materna exclusiva: el lactante recibe solamente leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer), pudiendo recibir también gotas o jarabes de vitaminas o medicinas.
- Lactancia materna predominante: el lactante recibe leche materna, pero también agua, infusiones, zumos de fruta, sales rehidratación oral o líquidos rituales.
- Lactancia materna parcial o complementaria: el lactante recibe leche materna, pero también otros alimentos sólidos o líquidos incluida leche no humana. Según la mayor o menor cantidad de leche materna administrada ($\geq 80\%$, 79 a 21% o $\leq 20\%$), se puede subdividir en alta, media y baja o simbólica.
- No lactancia materna: el lactante no recibe nada de lactancia materna. (2)

2.3: PREVALENCIA E INCIDENCIA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

A pesar de toda la evidencia científica disponible en la actualidad, la incidencia y la duración de la lactancia materna en España están muy por debajo de las recomendaciones que desde hace años realizan diversas organizaciones internacionales. Sin embargo, se observa respecto a la década anterior, que en la década de los 90 la disminución de prevalencia de lactancia materna con la edad ya no es tan rápida y un 70% de los lactantes de 1 mes de vida son amamantados, el 50% a los 3 meses, pero sólo un 24,8% a los 6 meses y un 7,2% a los 12 meses. En Andalucía la prevalencia de lactancia materna exclusiva al nacer es del 81,6%, descendiendo al 26,5% al final del cuarto mes de vida del recién nacido. (1)

Por otro lado la frecuencia de lactancia mixta en nuestro país se sitúa durante el 4º mes entre 11,1% y 69,6%, mientras que para el 6º mes se mantiene entre el 7,0% y 46,3%. El motivo más frecuente dado por las madres para el abandono precoz de lactancia materna exclusiva es la escasa producción de leche. (5)

Estos hallazgos están en consonancia con los informes de la OMS para la región europea, según los cuales las tasas de amamantamiento en Europa son bajas y mejoran muy lentamente, salvo en Suecia y Noruega, donde el apoyo institucional a la lactancia es mucho mayor que en nuestro país. (6)

La baja prevalencia de la LME, la existencia de prácticas profesionales peligrosas y la presencia de grupos sociales de riesgo de lactancias maternas cortas o ausentes, ponen en evidencia que hay mucho camino por andar en la ingente tarea de recuperar una cultura de lactancia materna en nuestra sociedad. Pequeños esfuerzos de promoción y apoyo, a cualquier nivel en la cadena de atención sanitaria, pueden verse recompensados con éxitos evidentes en la prevalencia y duración de la lactancia.⁽⁶⁾

La LME es un bien precioso que debemos recuperar por el bien de nuestra sociedad presente y futura. Aun respetando la decisión de la mujer sobre la forma de alimentar a su hijo, las bajas tasas de prevalencia de lactancia materna deben ser consideradas como un problema de Salud Pública y la balanza debe inclinarse a su recuperación progresiva. ⁽²⁾

2.4: MECANISMO ANATÓMICO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y MECANISMO DE SUCCIÓN

2.4.1) ANATOMÍA

El reflejo neuroendocrino doble condiciona la secreción y producción de leche en la mama: el bebé, con la succión, estimula el pezón y se produce un impulso nervioso que hace que la hipófisis produzca dos hormonas: prolactina y oxitocina; la prolactina hace que las células cúbicas produzcan leche y la oxitocina hace que las células mioepiteliales se contraigan y salga leche del alvéolo.

Las mamas o glándulas mamarias son dos órganos semiesféricos situados en la pared anterior del tórax, por delante de los músculos pectorales, entre la tercera y séptima costilla.

- *Embriogénesis*: embriológicamente empiezan a formarse en la sexta semana de gestación como una invaginación del ectodermo. Al nacer son idénticas en niños y niñas, y las hormonas maternas pueden provocar ingurgitación mamaria y secreción láctea transitoria. En la cresta mamaria puede haber pezones supernumerarios (politelia), que pueden tener algo de tejido glandular (polimastia), con posibilidad de molestias al inicio de la lactancia (secreción e ingurgitación); por lo común, al no vaciarse dejan de secretar y dan problemas.

- Mamogénesis: a partir de la pubertad, en las mujeres, debido fundamentalmente a los estrógenos, pero también a hormonas hipofisarias (prolactina, somatotropina, hormona tireoestimulante (TSH), hormona adrenocorticotropa (ACTH)), la mama se desarrolla en cuatro estadios (estadios 2 a 5 de Tanner) hasta alcanzar su tamaño definitivo, que es muy variable según la cantidad de tejido graso adyacente a la glándula, por lo que del tamaño no depende la capacidad de amamantamiento. En cada ciclo menstrual la mama aumenta y disminuye de tamaño (tensión menstrual). Durante el embarazo, los estrógenos, la progesterona, el lactógeno placentario, la gonadotropina coriónica y la prolactina hacen que se desarrolle mucho y se formen nuevos alvéolos.

Externamente se distingue:

- *El pezón*, de 0,5 a 2cm de largo, con entre diez y veinte poros galactóforos. Tiene una musculatura radial que provoca erección del mismo por acumulación de sangre.
- *La areola mamaria*, zona más pigmentada, de 2,5 a 10cm de diámetro, que rodea el pezón. La areola se obscurece durante el embarazo quizá para que el niño la encuentre con la vista.
- En el borde de la areola se encuentran los *tubérculos de Montgomery*, puntos de salida de las glándulas de Morgagni, mezcla de glándula sebácea y mamaria en miniatura que segrega un producto graso y leche, lo que lubrica y protege la piel, de modo que esta zona es la de menor contaminación bacteriana de todo el tegumento: de ahí la inutilidad y el peligro de aplicar cremas o lavados frecuentes. Además, el niño también encuentra la areola y el pezón con el olfato.

Internamente, la mama está formada por:

- *Grasa* (la mayor parte, de ahí la poca relación del tamaño con la secreción láctea).
- *Tejido conjuntivo* de sostén para fijar toda la estructura a los pectorales.
- *Parénquima glandular* propiamente dicho, formado por entre diez y veinte lóbulos mamarios con un canal galactóforo, que se subdividen a su vez en

lobulillos más pequeños con sus canales, al final de los cuales están los alvéolos o ácinos mamarios.

- *El alvéolo mamario* está formado por células cúbicas o secretoras de leche alrededor de un canal excretor y rodeado por células mioepiteliales o contráctiles (musculatura involuntaria).

Toda la mama está perfectamente irrigada (arterias, venas, linfáticos) e innervada (plexo braquial e intercostales) con la misma disposición radial que los lóbulos y conductos, convergiendo todo en el pezón y la areola, de ahí la importancia de evitar incisiones transversas en las intervenciones quirúrgicas (estética, abscesos); para minimizar el daño, las incisiones deberán ser radiales. (6)

2.4.2) FISIOLÓGÍA:

La instauración y el mantenimiento de la lactancia dependen de un reflejo neuroendocrino materno doble y tres reflejos infantiles. Este sistema es tan poderoso que incluso está documentada la lactancia en mujeres que no han dado a luz.

El reflejo neuroendocrino doble condiciona la secreción y producción de leche en la mama: el bebé, con la succión, estimula el pezón y se produce un impulso nervioso que hace que la hipófisis produzca dos hormonas: prolactina y oxitocina; la prolactina hace que las células cúbicas produzcan leche y la oxitocina hace que las células mioepiteliales se contraigan y salga leche del alvéolo.

2.4.2.1 LACTOGÉNESIS: reflejo de producción de leche

La prolactina se produce en la hipófisis anterior de mujeres y hombres. El nivel basal aumenta mucho en el embarazo y las madres lactantes.

- *Lactogénesis I:* pese a los altos niveles de prolactina circulantes en las últimas 12 semanas del embarazo, ésta es inhibida por la progesterona placentaria.
- *Lactogénesis II:* tras el descenso de los niveles de progesterona placentaria en el postparto, los altos niveles de prolactina desencadenan la secreción láctea durante los primeros 3-4 días, independientemente del estímulo sobre el pezón por succión del bebé o sacaleches.

La secreción de prolactina aumenta:

- Con el estímulo del pezón y la areola.
- Con el vaciado de la mama.
- Con el ejercicio físico y las relaciones sexuales.
- Durante la noche (ritmo circadiano.)

Es inhibida por una hormona parecida a las catecolaminas, el factor inhibidor de la prolactina (PIF), de ahí que la ansiedad y las preocupaciones puedan inhibir la lactancia materna.

La prolactina:

- Actúa sobre células secretoras, estimulando la secreción de la leche.
- Inhibe la ovulación.
- Es “maternizante”: inyectada ratas vírgenes muestran conducta materna hacia las crías a las que normalmente atacarían.
- Es sedante, adormecedora.

2.4.2.2 LACTOPOYESIS: reflejo de eyección de leche

La oxitocina se produce en la hipófisis posterior, también por estimulación del pezón, pero el reflejo se puede condicionar y desencadenar con estímulos positivos (oír llorar al niño, pensar en él, verlo, verlo en foto, pensar en darle de mamar, etc.) Esto último explica lo de “tuve un susto y se me fue la leche”, lo que es transitorio. También se produce durante la actividad sexual.

La oxitocina provoca:

- Contracción de la célula mioepitelial, con lo que ocurre la expulsión de leche del alveolo mamario hacia el canal galactóforo (la leche no sale porque el niño succione, sino porque la madre la expulsa). Suele producir una sensación de hormigueo en el pecho (“apoyo” o “golpe de leche”). Actúa en los dos pechos a la vez, por lo que otro pecho puede gotear.
- Contraindicaciones en el útero (entuerzos).
- Contracción-erección del pezón.
- Contracción de la vagina.

Estos aspectos comunes entre lactancia y actividad sexual son responsables de una sensación placentaria totalmente normal (aunque algunas mujeres mal informadas pueden sentirse molestas o avergonzadas).

Además, existe un reflejo de inhibición local mediado por una hormona (factor inhibidor local) que está en la misma leche y que explica que si un pecho tiene mucha leche se inhibe la producción del mismo. Cuanto más se vacía un pecho, más leche se produce, y viceversa, si queda leche retenida en el pecho, se produce menos. De una mamada a la otra, la producción se adapta al consumo. Ello permitiría dar de mamar de un solo pecho como se hace en algunas culturas: el pecho del que no se mama deja de secretar a pesar de la prolactina y la oxitocina. (2)(7)

2.4.2.3 REFLEJOS INFANTILES

- Reflejo de búsqueda: el niño busca y se orienta hacia el pezón por medio de estímulos táctiles, visuales (areola oscura) y olfatorios (secreción de las glándulas de Morgagni)
- Reflejo de succión: una vez el pecho en la boca, se desencadenan movimientos coordinados de la mandíbula y la lengua. El niño no succiona, sino que “ordeña”.
- Reflejo de deglución: cuando la boca se llena de leche, el niño la traga. (1)

2.5) BENEFICIOS LACTANCIA MATERNA

Según la OMS la leche materna es el mejor alimento que la madre puede ofrecer al recién nacido durante los seis primeros meses de vida. Son muchas las razones por las que una madre debe amamantar a su bebé. (6)

La leche materna tiene muchas ventajas, no solo para el bebé, sino también para la madre, la familia y la sociedad en general. La lactancia materna exclusiva confiere protección inmunológica frente a las infecciones y los procesos alérgicos, y puede reducir la incidencia de enfermedades infecciosas en la infancia. Además, se asocia con tasas más bajas de hospitalización (8).

Sus beneficios incluyen la prevención de enterocolitis necrosante, disminución de enfermedades diarreicas en el primer año de vida, protección contra problemas alérgicos; reduce la probabilidad de padecer algunas enfermedades, como: infecciones de vías urinarias, del tracto respiratorio bajo, otitis media, bacteriemia, meningitis

bacteriana, botulismo, síndrome de muerte súbita del infante, diabetes mellitus insulino-dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y linfoma. (9)

La lactancia materna temprana y exclusiva tiene un importante papel en reducir la mortalidad neonatal, particularmente después de la primera semana de vida. Hay evidencia adicional de que la pérdida de la LME aumenta el riesgo de mortalidad temprana y de sepsis neonatal tardía. (9)

Por otra parte, la LME al seno materno ofrece protección a la madre de padecer cáncer de mama además de fortalecer la relación afectiva madre-hijo y ventajas económicas. (9)

Otras patologías y campos en las que la LME de forma beneficiosa son el sobrepeso y la obesidad en la edad adulta, diabetes tipo 2, desarrollo intelectual, presión arterial y colesterol en la vida adulta. (10)

Por otro lado el alojamiento conjunto madre e hijo y el asesoramiento que favorecen el inicio de lactancia materna exclusiva promueven una mayor frecuencia de esta en el primer mes pos-nacimiento tanto por parto como por cesárea. (11)

Otro punto a destacar es el beneficio del contacto piel con piel en el momento del parto. Durante el contacto de piel a piel, las madres proporcionan tacto y estimulación verbal a sus hijos recién nacidos y esta práctica mejora el comportamiento de amamantamiento. (12)(13)

2.6 FACTORES QUE PREDISPONEN AL ABANDONO. FACTORES CONDICIONANTES.

Son muchos los factores que impiden que se pueda desarrollar una adecuada LME y permita el buen desarrollo físico e intelectual para el recién nacido y los beneficios recíprocos que se producen en la madre.

Podemos encontrar factores o causas de abandono por parte de las características de la madre, el niño/a y por parte del sistema de salud. Algunos de ellos pueden identificarse en el cuadro 1:

CUADRO 1. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.

-Madre adolescente.	-Hijos previos.
-Ser de etnia gitana.	-Dar a luz en un hospital grande.
-El trabajo materno.	-Una praxis hospitalaria errónea.
-Cesárea.	-Embarazo no controlado.
-Prematuridad.	-Enfermedad neonatal o maternal.
-Bajo peso al nacer.	-Ser un recién nacido varón.
-Obsequios por parte de la industria,	-Chupetes, Biberones. (13)

2.6.1 CARACTERÍSTICAS MATERNAS

En múltiples investigaciones se ha detectado un bajo nivel de estudios materno está relacionado con un aumento de riesgo de ser alimentado con sucedáneos. Con respecto al trabajo materno; en 1997, sólo un 37,5% de las madres encuestadas trabajaban fuera de casa y no se encontró relación significativa entre el trabajo materno y el inicio de la lactancia materna. Dado que tan sólo llegan amamantados al 3er mes el 24,8% de los lactantes, no parece que el trabajo materno sea el principal factor condicionante del abandono precoz de la lactancia. (2)

Diversos estudios españoles reflejan que las madres más jóvenes inician y mantienen la lactancia durante menos tiempo que las mayores de 30 años, y esto es más pronunciado en las adolescentes. En general, tener hermanos influye positivamente en la probabilidad de amamantamiento. Este hecho probablemente se debe al adiestramiento previo de la mama de la madre y a que, a pesar de estar teóricamente más atareadas (dos o más niños en casa) la madre tiene más experiencia y más confianza en su capacidad de amamantar. En cuanto a los partos gemelares, la incidencia de LME y su duración es menor que en los no gemelares. Sin embargo, se describe cómo la preparación al parto y el apoyo postparto permite aumentar y alargar estas cifras considerablemente. (2)

2.6.2 FACTORES ASOCIADOS CON EL SISTEMA DE SALUD: ATENCIÓN ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PARTO.

La participación en clases de educación maternal sobre lactancia y el apoyo del personal a la misma durante el embarazo es descrito por muchos autores como determinante para el inicio de la lactancia. En general, se constata que la mayoría de las mujeres toman la decisión en el primer trimestre o antes, aunque muchas se deciden al final del embarazo y unas pocas después del parto. (2)

La entrega de “paquetes regalo” a las madres postparto, la introducción de algún biberón de suero o fórmula en la maternidad y la falta de apoyo a la lactancia o de detección y solución de los problemas más frecuentes al inicio, son otra de las causas de fracaso en la lactancia. Autores europeos observan un aumento de LME de 41 a 77% al alta del hospital y del 37 al 50% a los 3 meses, o del 43 al 62% a los 6 meses, antes y después de haber recibido entrenamiento el personal sanitario en la estrategia de los 10 puntos de la IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia). El tipo de parto está relacionado con el tipo de lactancia en todos los estudios. (2)

Los autores españoles, en consonancia con múltiples estudios europeos y americanos, encuentran un aumento de incidencia de lactancia artificial entre los niños nacidos por cesárea. Dado que no existe justificación científica para este hecho, como demuestra una reciente revisión Cochrane en el 2000, el cambio de prácticas hospitalarias en lo que se refiere al apoyo a la madre postparto, y a evitar suplementos innecesarios, tras la cesárea, debería mejorar estas cifras. (15)

Los niños con bajo peso al nacimiento (aquellos en los que el amamantamiento ha demostrado beneficios más evidentes) son según los mismos datos, aquellos que tienen mayor riesgo de no ser amamantados. (2)

Si bien las enfermedades graves del neonato o su madre suelen interferir con el establecimiento inicial de la lactancia, el ingreso del neonato en una unidad neonatal suele implicar un estrés de separación que contribuye a disturbar la íntima relación madre-hijo y a aumentar el riesgo de abandono de la lactancia. (2)

Las semanas posteriores al alta y tras el cuarto mes de vida son los momentos de mayor abandono precoz de LMC y LM. El abandono tras el alta hospitalaria

probablemente está relacionado con problemas precoces en la lactancia materna, mientras que los picos del cuarto y quinto mes pueden explicarse por el retorno al trabajo de las madres y la recomendación de inicio de la alimentación complementaria al cuarto mes, práctica común de los profesionales sanitarios. (16)

2.7-ESTRATEGIAS QUE SE HAN IMPLEMENTADO.

Las implicaciones sociales y sanitarias de las bajas tasas y del abandono prematuro de la lactancia materna han dado a que su protección, promoción y apoyo se ha considerado de vital importancia de salud pública en toda Europa. El apoyo a las madres en su lugar de trabajo, brindándole flexibilidad de horarios, facilidades para la extracción de leche e incluso la posibilidad de amamantar en el lugar de trabajo son determinantes positivos para aumentar las tasas de LME. (17)

Por otra parte la promoción de la lactancia materna , percibida como la “norma”, requiere de la existencia de información, precisa y completa, acerca de las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y de la implementación de políticas nacionales y recomendaciones en todos los niveles de los servicios sociales. (18)

La gran presión de la industria y los diferentes condicionantes sociales que influyen negativamente sobre la lactancia materna, requieren una combinación integrada de Políticas de Salud para:

- Establecer estrategias de promoción, protección y apoyo.
- Exigir los cambios necesarios para conseguir comienzos más cálidos en las maternidades y el mantenimiento de la lactancia exclusiva los primeros 6 meses.
- Controlar el respeto de la legislación vigente sobre la comercialización de fórmulas artificiales.
- El desarrollo de intervenciones de Educación para la Salud y la formación continuada de los profesionales sanitarios.
- La promoción y apoyo a los Grupos de autoayuda o grupos de madres. (19)

3. JUSTIFICACIÓN

-Las tasas de lactancia materna en nuestro país son bajas y lejos de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, por ello conocer las causas de abandono de la lactancia materna puede orientar las políticas de promoción de ésta de forma más adecuada.

4. OBJETIVOS

-Determinar la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses de vida del recién nacido en la zona básica de Úbeda.

-Conocer las causas y motivos de abandono de la lactancia materna.

5. METODOLOGÍA

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Periodo de estudio

Primer trimestre de 2014

Ámbito de estudio

Zona básica de salud de Úbeda.

Población de referencia

Mujeres que acuden a la visita correspondiente del programa de control del niño sano a los centros de salud de la zona básica de Úbeda a los 4 meses de vida del recién nacido.

Criterios de inclusión

-Mujeres >18 años

Criterios de exclusión

-Rechazo de la señora a participar en el estudio.

-Barrera idiomática

-No sepa leer el cuestionario (analfabetismo)

Tamaño de muestra

Se decide coger a toda la población que acuda al control del niño sano de los 4 meses de la zona básica de salud de Úbeda.

Técnica de muestreo

Se realizó un muestreo de conveniencia en base a la asistencia de la visita de los 4 meses del recién nacido al programa del niño sano a los centros de salud que forman la zona básica de salud de Úbeda. Dentro de estos recién nacidos la selección de los sujetos participantes sería de forma sistemática y consecutiva.

Variables de estudio

Se recogió variables sociodemográficas de la madre (edad, estado civil, nivel de estudios, hábitos tóxicos, etc.), relacionadas con el parto (tipo de parto, semana gestacional a la que se produce el parto, etc.), relacionadas con la lactancia (tipo de lactancia, información previa al parto sobre lactancia, etc.), etc.

Recogida de datos

Los datos se recogieron a través de encuesta que autocumplimentaron las mujeres.

Instrumentos

Cuestionario de elaboración propia. (Anexo 1).

Análisis de datos

Se determinaran porcentajes y frecuencias absolutas para las variables cualitativas y medias, desviaciones estándar para las variables cuantitativas.

Aspectos éticos

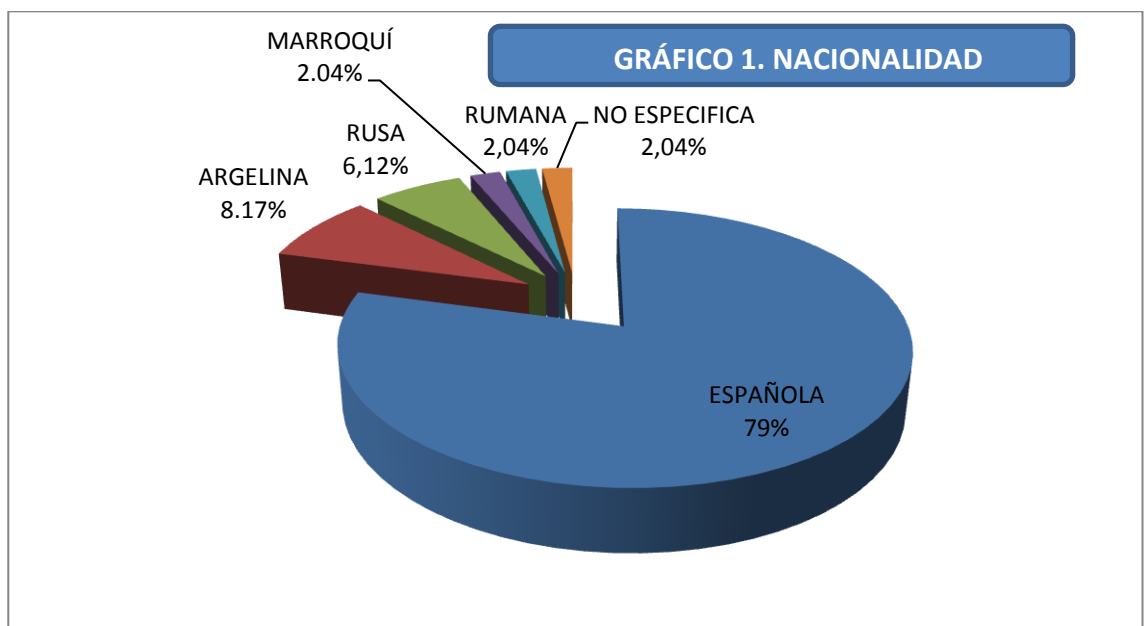
Para la realización de este estudio se ha obtenido la aprobación de la Comisión de Ética e Investigación de los centros participantes en el estudio. (Anexo 2).

6. RESULTADOS

Descripción de la población de estudio

Participaron en el estudio 49 mujeres cuya edad media de las madres era de 30,12 años \pm 5.39.

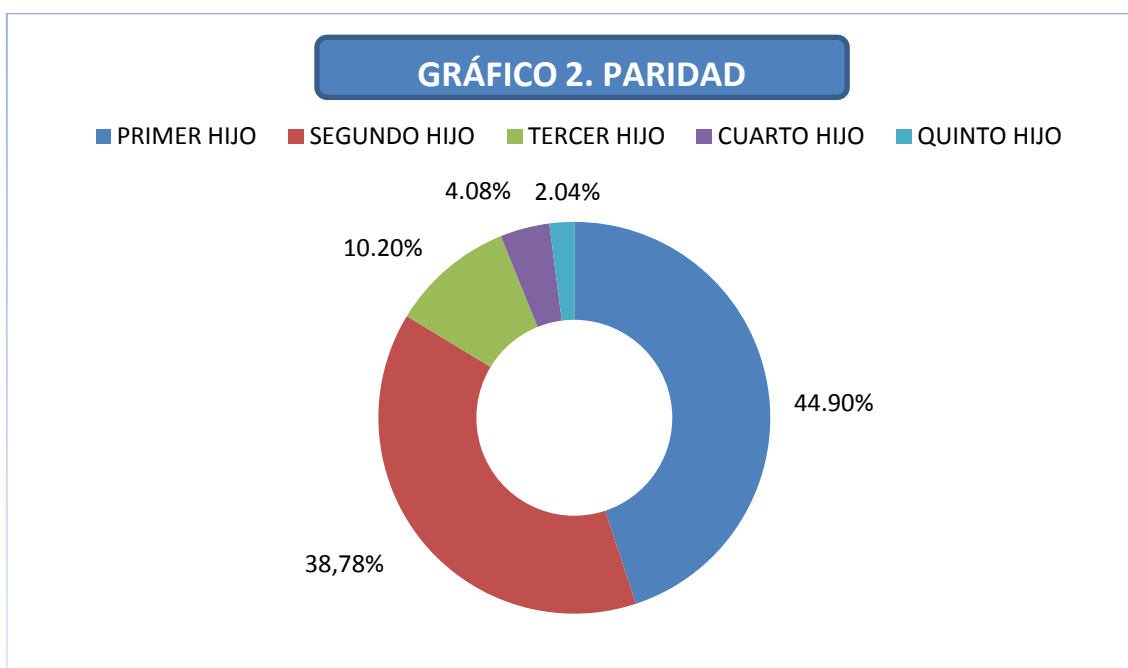
Tal y como se puede comprobar en el grafico 1 la mayoría de las madres eran de nacionalidad española siendo solo el 22,45% (11) de ellas de una nacionalidad diferente. El 100% de las mujeres participantes en el estudio eran de raza caucásica.



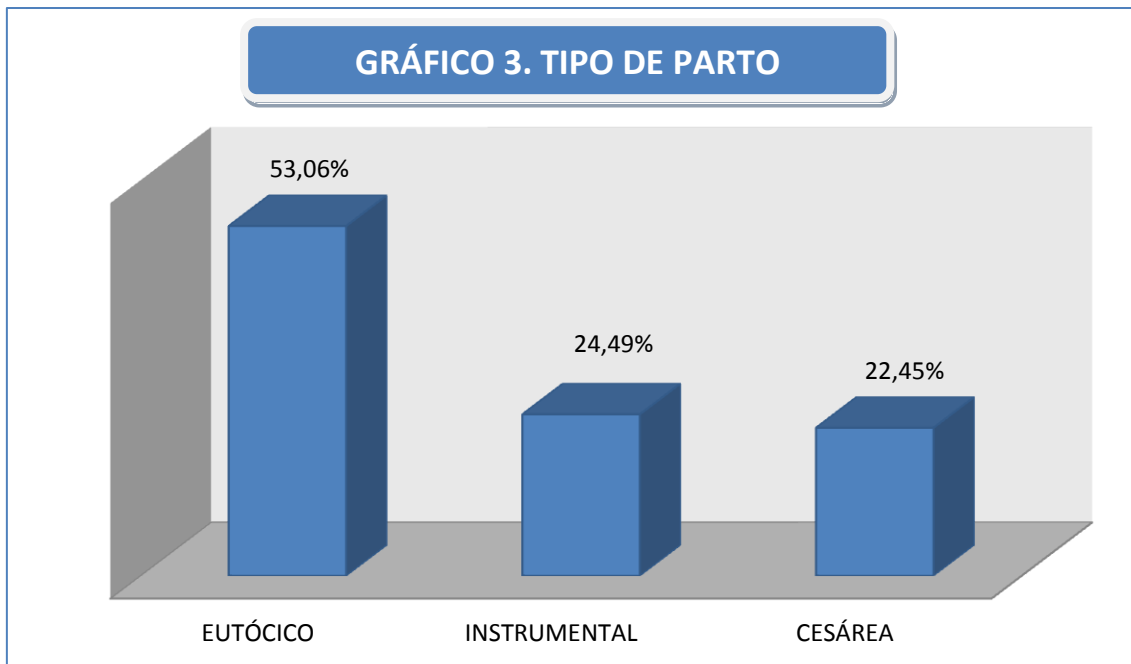
Un 67.35% (33) estaban casadas frente al 26.53% (13) que estaban solteras. Un 2.04% (1) que era madre separada, un 2.04% (1) pareja de hecho y un 2.04% (1) divorciada. En lo que al consumo de tabaco refiere, el 65.31% (32) de las madres manifestó que no fumaban, el 22,45% (11) que fumaba menos de 11 cigarrillos al día, el 8,16% (4) que fumaba entre 11-20 cigarrillos y el 4,08% 21-30 cigarrillos por día.

En cuanto al nivel de estudios, un 22,45%(11) de las madres tenían estudios universitarios, el 20,41%(10) estudios medios, el 30,61%(15) estudios primarios y el 26,53%(13) no poseían estudios. El 42,86% (21) trabajaban fuera del hogar.

Para el 44,90% (22) de las mujeres este era su primer hijo mientras que para el 55,10% (27) ya tenía un hijo como se puede ver en el gráfico 2. Las madres tenían una media de 1.80 hijos ± 0.93 .



En el gráfico 3 se muestra como más de la mitad de las mujeres habían tenido un parto eutócico. La semana d gestación a la que se produjo el parto fue $39,23\% \pm 2.20$. El peso medio de los recién nacidos fue de 3.418,16 gramos ± 589.14 .



El 100%(27) de las madres que ya tenía algún hijo dieron LME a estos anteriormente. La media de duración de lactancia del hijo anterior es de 9,2 meses \pm 11.5 meses [1-30]. El 69,39%(33) iniciaron de forma precoz la LME y el 77,55%(38) estableció contacto precoz piel con piel con su bebé. El tipo de lactancia al alta hospitalaria fue de un 65,31% (32) LME, el 30,61% (15) lactancia mixta y un 4,08% (2) lactancia artificial.

La prevalencia de la LME a los 4 meses de vida del recién nacido se mantuvo en el 51,02% (25). La duración media de la LME fue de 2.92 meses \pm 1.24.

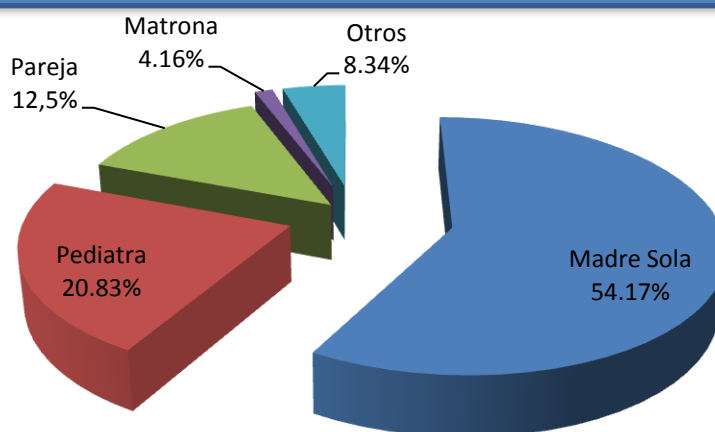
Los principales motivos para que se produjese el abandono de la LME se recoge en la tabla 1, en la cual se puede apreciar como la hipogalactia es el principal motivo que la mujer argumenta para introducir el biberón.

TABLA 1 : PRINCIPALES MOTIVOS PARA EL ABANDONO

Hipogalactia	33.33% (8)
Ganancia escasa de peso del bebe	20.83% (5)
Trabajo	12.5% (3)
Enfermedad de la madre	8.34% (2)
Dificultad para cogerse al pecho	8.34% (2)
Otras	8.34% (2)
Enfermedad del hijo	4.16% (1)
Cuestiones estéticas	4.16% (1)

La persona que más influencia ejerció para que la madre introdujese el biberón en la alimentación del bebe, tal y como se puede comprobar en el gráfico 4 fue de la propia madre seguida del pediatra.

GRÁFICO 4: PERSONAS QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO.



Durante el embarazo el 53,06% (26) de las mujeres acudió al programa de educación para la salud que se lleva a cabo para este proceso comúnmente conocido como educación maternal. La información sobre los diferentes tipos de lactancia la tenían el 100% (26) de las mujeres que habían acudido al programa de educación

maternal. Un 16.33% (8) de las mujeres pertenecen a grupos de apoyo a la lactancia y a la crianza.

Durante su estancia en el hospital al 44,9% (22) refiere haber dado algún biberón a su bebe antes del alta hospitalaria. El 46,94% (23) de las madres manifiesta que había recibido alguna muestra de sucedáneos de regalo y el 79,60% (39) de las mujeres que recibieron ayuda y apoyo por parte del personal sanitario en lo referente a la LME durante su ingreso hospitalario. Un 32.65% (16) de las madres afirma haber recibido la guía de lactancia materna.

7. DISCUSIÓN

A pesar de la labor de promoción llevada a cabo en nuestro país para fomentar la LME hasta los 6 meses, nuestros resultados ponen de manifiesto que aún queda mucho por hacer en este sentido pues la mayoría de los niños de nuestro estudio habían abandonado la LME antes de alcanzar los 4 meses.

La tasa de LME a los cuatro meses en el área de la zona básica de salud de Úbeda en la provincia de Jaén, es superior a la del estudio realizado por la Junta de Andalucía, en que el cual muestra una tasa de lactancia materna para dicha comunidad en el año 2005. (51,02% vs 26,5%) (20)

Sin embargo tiene gran semejanza con otros estudios realizados en España(21, 22,23) y países con similares características al nuestro como Canada(24), Italia (25) y China (26) y Australia(27), aunque difiere mucho de las recomendaciones de la OMS 21.

La creciente incorporación de las mujeres al trabajo son incentivos para el empleo de derivados artificiales, quizás esta sea una de las causas del abandono de la lactancia materna exclusiva, ya que en nuestro país es el periodo legalmente reconocido como descanso maternal (9),(27) (29).

En nuestro estudio el 34,69% (17) de las madres manifestó que fumaban. En este sentido varios estudios demuestran que tanto el inicio como el mantenimiento de la lactancia materna son significativamente más bajas en madres fumadoras (30). Se sugiere

que las fumadoras tienen aumentada la secreción de dopamina hipotalámica que condiciona una reducción de los niveles de prolactina, hormona que estimula la producción de leche. Además la nicotina puede interferir el reflejo de eyección láctea (31).

El abandono precoz de la LME que ocurre con mayor frecuencia entre las madres solteras, a este estado civil pertenece el 26.53% de las madres que participan en nuestro estudio, puede que esto sea otra de las causas de la tasa de prevalencia de la lactancia que se ha identificado en nuestra investigación. El abandono asociado al estado civil de soltera asocia a que a las mujeres solteras se les atribuye a la inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesarios durante este período. (32).

También, en lo referente al estado civil hay que tener en cuenta que muchas de estas madres solteras suelen ser adolescente en las que se les suman además la falta de preparación psicosocial y fisiológica para asumir en todos los roles que conlleva el ser madre. Hay que tener en cuenta el papel de la pareja, la familia y los grupos de apoyo para la lactancia materna a los cuales se les debe brindar información, asesoramiento y adiestramiento en habilidades sociales (33,34.)

A través de nuestros resultados se puede observar que el 53,06% (26) de las madres acude al programa de educación maternal y que el 100% de las que acudieron a dicho programa conocían los beneficios de la LME para el recién nacido. Además el 32,65% afirma haber recibido la guía de lactancia materna. El porcentaje de mujeres que acude a la educación maternal es bajo a pesar de ser un programa gratuito y de acceso universal por ello parece fundamental promocionar la participación de las mujeres embarazadas en el programa de educación maternal ya que la información y la formación sobre la LME que se proporciona en dicho programa favorece la instauración y mantenimiento de esta tal y como se puede ver en los estudios de García Casanova(35) y Hernández Aguilar(36) y Martínez Galiano y Delgado Rodríguez (37)

Diversos estudios (38, 39) identifican como los principales motivos responsables del abandono de la lactancia materna a la hipogalactia y la actividad laboral de la madre, resultados que coinciden ampliamente con los nuestros.

Para Delgado Becerra et al la hipogalactia es primera causa de abandono de la lactancia materna. Resultado que va en la línea con nuestros resultados. Establecen que la producción baja de leche (hipogalactia) es causa real de necesidad de leche artificial, de tal manera que constituye el motivo o pretexto de la madre para justificar el abandono de la LME, (si bien la hipogalactia verdadera no llega a afectar a más del 10% de las mujeres) que junto a la baja ganancia de peso como motivo del abandono de LME, puede reflejar una introducción temprana de alimentación complementaria debido a una interpretación errónea de la ganancia ponderal adecuada.⁽¹⁶⁾

También es posible un escaso refuerzo en el entorno para su mantenimiento, es decir una inseguridad por parte de la madre para mantener el pecho, de forma que interpreta la intranquilidad o el llanto del niño sistemáticamente como hambre ⁽³⁹⁾.

El apoyo de la familia un factor con el cuenta la gran mayoría de la mujeres no parece ser un factor positivo para el mantenimiento de LME como así mencionan en otros estudios ⁽¹⁰⁾.

Según Aguayo Maldonado et al, la pareja también es un factor muy importante En nuestro estudio la pareja influye con un 12,5% en la decisión de dar o no lactancia materna exclusiva. Aunque la población diana suele ser la mujer embarazada o las mujeres lactantes, parece recomendable incluir a la pareja y al grupo familiar que apoye a la mujer en la decisión de amamantar. ⁽⁴⁰⁾

Otro argumento como es el de la comodidad, que no ha sido detectado como motivo en nuestro estudio y que según Sacristan Martín et cols, lo relacionan como un motivo para no iniciar o suspender la LME. De todas maneras ha sido una variable poco estudiada en los estudios consultados, con lo cual se podría considerar su inclusión para futuros estudios. ⁽⁴¹⁾

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio la principal es el pequeño tamaño muestral que es debido fundamentalmente a la necesidad de cumplir los plazos para poder presentarlo como trabajo fin de grado, objetivo principal de este estudio.

En el análisis de datos no se han calculado parámetros estadísticos que puedan determinar la asociación entre los diferentes factores y la duración de LME. Si bien hay que tener en cuenta que el objetivo principal del estudio era conocer la tasa de LME a los 4 meses de vida del recién nacido en una ciudad pequeña y que cuenta con grupos de

apoyo a la lactancia, así como las causas que llevan a las mujeres a abandonar este tipo de alimentación para su bebe.

De existir un sesgo de selección asociado a la no respuesta, éste habrá tenido una influencia mínima sobre la validez de los resultados pues no existen a priori razones para pensar que las mujeres que respondieron difieran sustancialmente de las que no respondieron. Además el número de mujeres que decidieron no contestar fue insignificante ya que las mujeres embarazadas y las que recientemente han sido madres son muy participativas en este tipo de estudios.

La existencia de un sesgo amnésico es poco probable porque la información que se recoge se produjo en un margen de tiempo relativamente pequeño antes de que se produjese la entrevista para la recogida de datos.

La elección del cuestionario auto administrado fue por la limitación del tiempo y con las perspectivas de obtener el mayor número de sujetos posibles. Igualmente, por tratarse de un cuestionario auto administrado, es posible que la diferente interpretación de las preguntas y respuestas por parte de las mujeres haya podido introducir un sesgo de clasificación, que en cualquier caso no consideramos que afecte de manera importante a los resultados.

8. CONCLUSIONES

La mayoría de las madres abandonaron la LME antes de los 4 meses, (resultados similares a las de otros estudios y alejadas de las recomendaciones emitidas por la OMS).

Las principales causas de abandono de la LME antes de los 4 meses fueron la hipogalactia, la ganancia escasa de peso del bebé y la vuelta de la madre al trabajo.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Martínez Galiano JM. Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas de Enfermería*. 2010. 13(6): 61-67)
- 2- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia materna: guía para profesionales* Madrid. Ergon. 2004)
- 3- Hernández Gamboa, E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Rev Enferm Act en Cost Ric*.2008. 15:1-6. URL disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria>.
- 4- Fuentes Caballero MT. *Costumbres privadas e interés público. La lactancia materna en la literatura médica de divulgación*. Barcelona, 1880-1890. *Acta Hisp*. 1996. URL disponible en : <http://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v16p369.pdf>
- 5- Leventhal JM, Shapiro ED, Aten CB, Berg AT, Egerter SA. ¿Protege la lactancia materna a los niños de tres meses de edad frente a las infecciones? *Pediatrics* (Ed esp). 1986; 22: 337-43.
- 6- Martínez Galiano JM. *Manual de asistencia al parto*. Madrid. Elsevier. 2013.
- 7- Cristian Bahamondes, J. Función materna y sus implicaciones al interior de la Unidad de Neonatología de Clínica Santa María. *Acta Med. CSM*.2012 ;6(1): 12-18
- 8- Fidalgo Álvarez, I , López Pacios, D, Jiménez Rodríguez, M, González Martínez, A, Costales Álvarez, A, Blanco Franco, MP, López Pérez, R. Factores Relacionados con la lactancia materna. *Rev Pediatr Aten Primar*.León.2002.16:27-39.
- 9- L. Horta ,B,Bahl,R, Martines, JC,Victoria, CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. *World Health Organization*..2007.

- 10- Cathal McCrory, Richard Layte. The effect of breastfeeding on children's educational test scores at nine years of age: Results of an Irish cohort study. *Social Science & Medicine*. Elsevier. 2011.
- 11- Aghdas K , Talat, K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Social Science & Medicine*. Elsevier.
- 12- Flores Huerta ,S, Cisnero-Silva ,I. Alojamiento conjunto madre hijo y lactancia materna exclusiva. *Salud Pública Mex*. 1997; 39:110-116.
- 13- Otal Lospaus, S, Morera Liáñez,L, Bernal-Montañes MJ, Tabueña-Acin ,J.El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof*. 2012; 13(1): 3-8
- 14- Oliver Roig A, Chulvi Alabort V López Valero F Lozano-Dura M, Seva Soler C,Pérez Hoyos S. Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses. *Enferm Clin*.2008;18(6):31720.
- 15- Donnelly A, Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women (Cochrane Review). *The Cochrane Library*,2001. URL disponible en <http://www.update-software.com>. Consultado el 06-04-2014.
- 16- Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales M, Díaz-García MA, Quezada-Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Medigraphic Artemisa*. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México.
- 17- Rohlfs I, Borrel C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V et al. The importance of the gender perspective in health interview surveys. *Gac Sanit*. 2000 Mar- Apr; 14(2):146-55.
- 18- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe; a blueprint for action (revised). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assesment, 2008.
- 19- Lasarte Velillas J. Papel del padre durante la lactancia.2009. AEPap.
- 20- Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. La lactancia materna en Andalucía. Resultado del Estudio de prevalencia de la lactancia materna en

Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida.
Junta de Andalucía. Sevilla:

Consejería de Salud; 2005. URL disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/39689.html>

Consultado el 30 de marzo de 2014.

- 21- Hostalot Abás, A.M, Sorní Hubrechta, A, Jovaní Roda, L,Rosal Roig,J,Mercé Gratacòs, J,Iglesias Niubóa, J et al .Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. Anales de Pediatría.2001.54:297-302. URL disponible en :
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403301775297>.

Consultado el 31-03-2014.

- 22- Iglesias Casas, S. Lactancia materna en un hospital comarcal: factores socioculturales y sanitarios que pueden influir en su elección y mantenimiento. Enfermería Clínica. 2008. 18:142-146. URL disponible en :
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108707162>.

Consultado el 31-03-2014.

- 23- Sacristán Martín, AM, Lozano Alonso, J.E, Gil Costa, M, Vega Alonso, A.T et al. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. 2011. Rev Pediatr Aten Primaria.13: 33-46. URL disponible en: http://pap.es/files/1116-1237-pdf/pap_49_03.pdf Consultado el 31-03-2014.

- 24- Al-Sahab, B,Lanes,A, Mark Feldman,M, Tamim, H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey.2010. BMC pediatrics. 10:20. URL disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/20/>. Consultado el 31-03-2014.

- 25- E Riva,E , Banderl,G, Agostoni,C, Silano, M, Radaelli, G, Giovannini, M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy.2007.Acta Paediatrica. 88:411-415. URL disponible en :

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651->

[2227.1999.tb01132.x/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.1999.tb01132.x/abstract) Consultado el 31-03-2014.

- 26- Liqian Qiu, Yun Zhao, Colin W Binns, Andy H Lee, Xing Xie. Initiation of breastfeeding and prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge in urban, suburban and rural areas of Zhejiang China. 2009. International Breastfeeding Journal. 4:1-7. URL disponible en : <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/4/1/1>. Consultado el 31-03-2014.
- 27- S Donath, S, Amir, LH. Rates of breastfeeding in Australia by State and socio-economic status: Evidence from the 1995 National Health Survey. 2001. Journal of Paediatrics and Child Health. 36: 164-168. URL disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1754.2000.00486.x/full> Consultado el 31-03-2014.
- 28- De Alba Moreno, C. Alimentación del recién nacido sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de neonatología en pediatría.. Asociación Española de Pediatría. España 2002.
- 29- Maroto Navarro, G, García Calvente, M, Mateo Rodríguez, I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. 2004. Gac Sanit. 18:13-23.
- 30- Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. Am J Epidemiol. 1997; 146 (2): 128-33.
- 31- Jansson A, Anderson K, Bjelke B. Effects of postnatal exposure to cigarette smoke on hypothalamic catecholamine nerve terminal systems and on neuroendocrine in the postnatal and adult male rat: evidence for long-term modulation of anterior pituitary function. Acta Physiol Scand 1992; 144: 153-62.
- 32- Prendes Labrada, MC, Vivanco del Río, M, Gutiérrez González , RM, Guibert Reyes, W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Revista Cubana de Medicina General Integral v.15 n.4. Ciudad de la Habana jul-ago. 1999. URL disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400009

- 33- Morillo, B, Montero, L. Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. 2010. *Enferm Glob.* 19:1-9. URL disponible en : <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/107311/101971> Consultado el 31-03-2014.
- 34- Alonso Uría, RM, Campo González, A, González Hernández, A, Rodríguez Alonso, B, Medina Vicente, L. Seguimiento al hijo de madre adolescente. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0864-21252005000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultado el 31-03-2014.
- 35- García Casanova, M.C, M.Pi, Juan, Ruiz Mariscal, E, Parellada, Esquiús, N. Lactancia materna: ¿Puede el personal sanitario influir positivamente en su duración?2005. *Aten Primar.* 35:295-300. URL disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705703516> Consultado el 31-03-2014.
- 36- Hernández Aguilar, MT, Muñoz Guillén, A, Lasarte Velilla, JJ, García Vera, C, Díaz Marijuan, C et al. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004. 6:19-37. URL disponible en : <http://pap.es/files/1116-340-pdf/353.pdf> Consultado el 31-03-2014.
- 37- Martínez Galiano, JM, Delgado Rodríguez, M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(3):254-257. URL disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302013000300011&script=sci_arttext Consultado el 04-04-2014.
- 38- Estévez González, M^aD, Martell Cebriána, B, Medina Santana, R, García Villanueva, E, Saavedra Santana. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Medicina Fetal y Neonatología. An Esp Pediatr.* 2002; 56: 144-150

- 39- P. Suárez Gil, P, Alonso Lorenzo, J.C, López Díaz, A.J ,Martín Rodríguez, D. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. Gac San.2001. 15:104-110. URL disponible en : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101715294>. Consultado el 31-03-2014.
- 40- Aguayo Maldonado,J Arana Cañedo,C Argüelles José Arena Ansótegui Victor Canduela Martínez Beatriz Flores Antón Gómez Papí,A Hernández AguilarM^aTLasarte Velillas,JJ Lozano de la Torre,M^aJ, Martín Calama,JMNavas Lucena,V.Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia.2011.IHAN. Ministerio de sanidad, política social e igualdad centro de publicaciones.Madrid. URL disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es> Consultado el 26 de marzo de 2014.
- 41- Sacristán Martín, AM, Lozano Alonso, JE, Gil Costa, M, Vega Alonso, AT, Pintor Oliva, CS. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Rev Pediatr Aten Primaria.2011;13:33-46.

10.ANEXOS

10.1 CUESTIONARIO:

CUESTIONARIO SOBRE LACTANCIA MATERNA

DATOS DE LA MADRE:

Fecha de nacimiento de la madre: _____

Nacionalidad:

Española Otra: especificar _____

Estado Civil:

Soltera Casada Viuda Separada Divorciada Pareja de hecho

Estudios:

Sin estudios Primarios Medios Universitarios

Trabaja fuera del hogar:

Sí. No.

Indique el número máximo de cigarrillos que fume al día:

0 Menos de 11 11-20 21-30 Más de 30

Número de hijos , incluido este último:

¿Dio usted Lactancia Materna a sus anteriores niños?

Sí. No.

¿Hasta qué edad estuvo amamantado a su anterior hijo con lactancia exclusiva o “pecho”?

¿Ha acudido a algún curso de educación Maternal?:

Sí. No.

¿Recibió charlas de “lactancia materna en dicho curso?”

Sí. No.

DATOS DEL PARTO:

Tipo de parto:

Eutócico (normal) Instrumental (fórceps, vacuo, espátula) Cesárea.

Peso del niño en el nacimiento:

DATOS DE LACTANCIA:

¿Le dio usted el pecho a su niño en los primeros minutos de vida en el paritorio?

Sí No.

¿Le pusieron a usted en contacto directo “piel con piel” con su bebe inmediatamente después del parto?

Sí No.

¿Pertenece a algún grupo de lactancia materna?

Sí. No.

¿Recibió la Guía de lactancia para padres en el programa de Promoción de Lactancia?

Sí. No.

Continúa

¿Ha recibido ayuda con la lactancia materna por parte del personal sanitario durante su estancia en el Hospital?

Sí. No.

¿Recibió alguna muestra de regalo de Leche artificial?

Sí. No.

¿Le dieron algún biberón a su bebe mientras estuvo ingresado en el hospital tras el parto?

Sí. No.

Tipo de lactancia AL SALIR del hospital:

Materna Exclusiva. Mixta. Artificial.

LACTANCIA ARTIFICIAL O BIBERÓN DE LECHE ADAPTADA

En el que caso de NO de lactancia materna exclusiva a su hijo, Indique las posibles causas de abandono:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comodidad | <input type="checkbox"/> Ganancia escasa de peso |
| <input type="checkbox"/> Estética | <input type="checkbox"/> Hipogalactia.(déficit o poca cantidad de leche) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la madre | <input type="checkbox"/> Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hijo | <input type="checkbox"/> Dificultad del bebé para cogerse al pecho |
| <input type="checkbox"/> Mala experiencia anterior | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

¿A qué edad le introdujo a este niño biberones de leche adaptada?

¿Qué persona influyó más en la decisión de darle biberones a su bebe?

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Usted sola | <input type="checkbox"/> Se lo aconsejó el Pediatra | <input type="checkbox"/> Se lo aconsejo su Matrona. |
| <input type="checkbox"/> Su pareja | <input type="checkbox"/> Otros; Especificar: _____ | |

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

10.2 CERTIFICADO COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN:



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D^a M^a CARMEN AMATE BALLESTEROS, SECRETARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE JAÉN

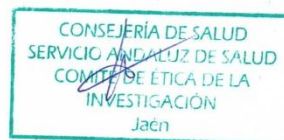
CERTIFICA:

Que el Comité de Ética de la Investigación de Jaén ha considerado emitir **informe favorable**, según consta en Acta N^o 11 de la reunión celebrada el 19 de Diciembre de 2013.

Al proyecto de Investigación presentado por el Investigadora Principal: D^a Pablo Ruiz Poyatos de la Universidad de Jaén, Colaborador en el estudio: D. Juan Miguel Martínez Galiano, Matrón del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén), Titulado: "**Causas del abandono de la lactancia materna en la zona básica de Úbeda**".

Lo que firmo en Jaén a 19 de Diciembre de 2013

La Secretaria del Comité de Ética de la Investigación



Fdo.: M^a Carmen Amate Ballesteros