



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Factores relacionados con el
abandono de la Lactancia Materna
Exclusiva en bebés menores de 6
meses.

Alumna: Antonia María Galiano Alcázar

Tutora: Prof. M^a Luisa Grande Gascón

Dpto.: Enfermería

Mayo, 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN BEBÉS MENORES DE 6 MESES

Alumna: Antonia María Galiano Alcázar
Tutora: Profesora D^a. M^a Luisa Grande Gascón
Departamento: Enfermería
Jaén-Mayo 2015

AGRADECIMIENTOS

Agradezco inmensamente a todas las personas que han hecho posible que haya llegado hasta aquí, entre ellas están mi incondicional marido, hermano, madre y padre, los cuales me ofrecieron fuerzas y apoyo durante el trayecto, evitando que perdiera el rumbo. A dos de mis compañeras que tanto me han aportado, como compañeras y como amigas. Al equipo de profesorado de la universidad puesto que cada profesional ha conseguido siempre aportarme algo nuevo; en especial: al profesor Manuel González Cabrera, que fue quien me inspiró en la elección del tema para este trabajo; al profesor Juan Miguel Martínez Galiano, ya que me envió sus artículos publicados cuando se los solicité; al profesor Rafael del Pino Casado, pues me ofreció su ayuda desinteresadamente; y a la profesora M^a Luisa Grande Gascón por guiarme como tutora en este último tramo.

A todos ellos, muchas gracias por vuestra influencia, dedicación, confianza y apoyo depositado en mí, con lo que he conseguido hacer posible este proyecto.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Justificación	2
1.2. Marco conceptual	3
1.2.1. <i>La Lactancia Materna</i>	3
1.3. Historia de la Lactancia Materna	8
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	12
3. MARCO TEÓRICO	17
3.1. Teorías	17
4. OBJETIVOS	21
4.1. Objetivo general	21
4.2. Objetivos específicos	21
5. METODOLOGÍA	21
5.1. Criterios de inclusión	21
5.2. Material y método	22
5.2.1. <i>Búsqueda bibliográfica</i>	23
6. RESULTADOS	24
7. CONCLUSIONES	54
8. BIBLIOGRAFÍA	60

RESUMEN

La leche materna ha sido a lo largo de generaciones el principal y único alimento que el bebé podía percibir para poder sobrevivir. Multitud de modas, cambios y mitos ha habido a lo largo del tiempo en relación a la leche materna y sus beneficios. Aunque siempre se termina con la misma conclusión: la leche materna fue y sigue siendo el mejor alimento que puede tomar el recién nacido a lo largo de sus primeros años de vida. A causa de una gran variedad de factores externos o internos este método de alimentación puede fracasar. Aunque es recomendable que como mínimo, el lactante reciba exclusivamente dicho alimento en sus primeros seis meses de vida. Como demuestran numerosos estudios, tiene un gran beneficio tanto para la madre como para el bebé. Revisión narrativa consistente en analizar factores que conllevan al fracaso o abandono de la lactancia materna natural y exclusiva. En relación a los resultados obtenidos podemos decir que en su gran mayoría la “hipogalactia”, los “factores sociodemográficos”, “la utilización del chupete” y los “conocimientos deficientes” son los factores que más se han repetido en nuestros artículos seleccionados como factores más relevantes en cuanto al abandono de la lactancia materna exclusiva. Como conclusiones finales, podemos destacar que en la actualidad sigue sin haber una buena cultura de la lactancia materna natural. Se deberían realizar futuras investigaciones que incluyan estudios más específicos sobre la “hipogalactia” y la posibilidad de elaborar nuevas herramientas de promoción y apoyo integral a la mujer puerpera en su conjunto.

Palabras clave:

Lactancia Materna Natural y Exclusiva/ Puerperio/ Amamantar/ Abandono/ Interrupción.

ABSTRACT

Breast milk has been the main and only food the baby could perceive to survive for generations. Many behaviours and myths have changed through history in relation to milk and its benefits. Although it always ends with the same conclusion: the milk was and remains the best food the newborn can take during its first years of life. However, because of a variety of external factors or internal supply this method may fail. Although it is recommended the child receives only this food in their first six months of life at least. Several surveys show it is a great benefit for both, mother and baby. Narrative reviews consisting of analyzing factors that lead to failure or giving up natural breastfeeding and exclusive. In relation to the results we can mostly say that the "hypogalactia", the "demographic factors", "pacifier use" and "deficient knowledge" are the factors that have been

repeated in our selected items as most relevant factors of exclusive breastfeeding. As final conclusions, we can notice that there is still no good culture of natural breastfeeding nowadays. Future research should include more specific studies on the "hypogalactia" and the possibility of developing new promotional tools and comprehensive support to the puerperal woman as a whole.

Keywords:

Natural breastfeeding and exclusive/ Puerperium/ Suckle/ Abandonment/ Interruption.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo consiste en analizar los factores que conllevan al fracaso o abandono de la Lactancia Materna Natural (LMN), no solo en lo referente a problemas derivados de una incorrecta posición a la hora del amamantamiento, sino también la falta de promoción y mala práctica por parte del sistema sanitario (hospitales y centros de atención primaria), por lo que intentaremos centrarnos sobre todo en factores extrínsecos. Consideramos desde nuestro punto de vista, que son estos factores sobre los que se puede actuar y así evitar su continuidad en el tiempo. Incluiremos en este apartado de introducción beneficios que aporta la Lactancia Materna (LM) tanto a la madre como al lactante, tipos de leche, el proceso de transición de la leche materna, posiciones para dar el pecho y la historia de la LM.

1.1. Justificación

El abandono de la LM anterior a los seis meses de edad del bebé es un problema bastante relevante para la posterior vida de éste, pudiendo esto conllevar a multitud de consecuencias posteriores para su salud.

Gran cantidad de estudios, hoy en día, nos muestran los beneficios que tiene para el desarrollo del bebé, además del refuerzo inmunitario al continuar con la Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta un mínimo de seis meses.

Me pregunto por qué hoy en día se sigue aconsejando a las madres que “las tomas” sean con un tiempo limitado, además de la temprana introducción de otros alimentos de ayuda a la LM.

Éste es un tema bastante interesante el cual necesita que se haga una adecuada promoción, aportando a las nuevas madres los beneficios que ello trae tanto para su bebé como para ellas. En este sentido, pienso que hay que dejar que ellas tomen libremente una decisión y no forzarlas de antemano al abandono de la LM desde el comienzo de esta etapa.

Estos y otros muchos factores hacen que la LMN acabe fracasando.

1.2. Marco conceptual

La *leche materna* ha sido desde siempre el único alimento que el recién nacido (RN) podía recibir para sobrevivir. Así pues, desde la aparición de la humanidad en la tierra no se ha conocido otro tipo de alimento para la primera etapa de la vida humana. La leche de los mamíferos está adaptada a las características de sus crías, por lo que cada una tiene gran cantidad de propiedades inigualables para que haya un buen desarrollo y crecimiento de cada especie¹.

1.2.1 La Lactancia Materna

La *Lactancia Materna* es un fenómeno biocultural por excelencia en la humanidad; ya que además, de tener carácter biológico es modificado por la cultura. Se dice que es la nutrición óptima para el crecimiento y desarrollo de RN².

La *leche humana* es un compuesto adaptado al lactante, cambia su composición según las necesidades que éste pueda tener. Con esta alimentación se consigue un desarrollo armónico en el lactante, ya que se trata de un nutriente ideal para el crecimiento del cerebro y para la mielinización de la retina¹.

El *amamantamiento* es un arte innato del género humano que, sin embargo, no está exento de unos conocimientos y actitudes que lo faciliten. Este acto queda reglado a partir de los años 60, ya que antiguamente eran las madres, familiares y contactos próximos a las puérperas las que realizaban dicha labor. En la actualidad, son las parturientas quienes buscan consejos de las y los profesionales de la salud³.

El *periodo de lactancia* es considerado hasta los 4-6 meses de vida durante los cuales su alimento exclusivo es la leche materna o en su defecto la leche artificial de fórmulas adaptadas¹.

Hay pruebas extensas de los beneficios de salud a corto y largo plazo que la LM aporta tanto para los RN como para las madres. Los bebés que son alimentados con la leche materna padecen menor número de infecciones y alteraciones gastrointestinales. Les aporta los nutrientes específicos para el sistema nervioso central, y sus patrones de crecimiento, desarrollo sensorial y emocional son más armónicos. Tienen mayor coeficiente intelectual y mayor desarrollo psicomotor, padecen de un menor número de episodios de diarrea. Hay una disminución de la morbilidad infantil debida a infecciones digestivas, respiratorias, urinarias y del oído medio, así como menos enfermedades

¹ González Cabrera, M. Apuntes Alimentación, Nutrición y Dietética. Alimentación, Nutrición y Dietética. 2012. p 4.

atópicas. Ofrece protección contra la aparición de enfermedades posibles en años posteriores; en la niñez padecen menos obesidad, presentan menor número de alergias, hay menor incidencia de que aparezca aumento de la presión arterial y menor riesgo de padecer diabetes tipo I. También se asocia con puntuaciones significativamente mayores de desarrollo cognitivo^{4,2}.

Además, este tipo de alimentación se ha relacionado también con una menor incidencia del síndrome de la muerte súbita. Sus beneficios tempranos incluyen disminución de la mortalidad en los RN prematuros. Hay algunas pruebas de que la LME se asocia con las tasas más bajas de estas enfermedades en los seis primeros meses de vida. Definitivamente la LME protege al bebé de patologías infecciosas, metabólicas, carenciales, gastrointestinales, odontológicas, muerte súbita, abandono y maltrato^{1,2}.

La LM, además de los beneficios para los lactantes, tiene grandes ventajas para la madre como: una mejor involución uterina, una mayor pérdida de peso después del parto, una recuperación más rápida, una protección ante el sangrado, mejora su autoestima, logra un vínculo afectivo hacia su bebé, controla su ciclo reproductivo y ayuda a espaciar los embarazos, posee menor incidencia de cáncer de mama, cáncer de ovario y de fracturas de cadera en mujeres que han amamantado, etc^{1,4,2}.

En lo que se refiere a la sociedad, también aporta grandes beneficios. Debido a la menor incidencia de enfermedades, los bebés amamantados ocasionan menos gasto a sus familias y a la sociedad en medicamentos y utilización de Servicios Sanitarios por lo que con ello también originan menos pérdidas por absentismo laboral de sus progenitores. Además, la LME es económica para la familia, ya que además de ser gratis, el bebé no necesita de ningún otro aporte suplementario. Podemos decir que la leche materna es un alimento ecológico ya que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse; con lo que se ahorra energía y se evita contaminación del medio ambiente. También cabe destacar que está siempre lista para el RN, se puede ofrecer en cualquier momento, lugar y a la temperatura correcta, por lo que es un alimento cómodo, económico, práctico, sano e higiénico⁵.

En la glándula mamaria se producen *diferentes tipos de leche* como son; el calostro, la leche de transición, la leche madura y la leche del pretérmino⁶.

Calostro. Durante el último trimestre de la gestación, una sustancia llamada precalostro se acumula en el lumen de los alvéolos albergados en la glándula mamaria, dicha sustancia está formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa. El calostro se produce durante los

primeros 4 días después del parto; que es un líquido amarillento, espeso, con una alta densidad y de escaso volumen. En los primeros días se produce aproximadamente entre 2-20 ml por toma, siendo éste un volumen suficiente para poder satisfacer las necesidades del RN⁶.

Su contenido es bastante elevado en inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, células (linfocitos y macrófagos), oligosacáridos, citoquinas y otros factores defensivos, los cuales protegen al RN de los gérmenes del ambiente, además de favorecer la maduración de su sistema defensivo⁶.

Está adaptado a las necesidades específicas que tiene en ese momento el neonato ya que sus riñones inmaduros no pueden manejar grandes cantidades de líquidos. Además, facilita la evacuación de meconio evitando de esta forma la hiperbilirrubinemia neonatal. Contiene enzimas intestinales que ayudan a su digestión (la lactasa y otras enzimas intestinales están inmaduras en el RN). Las abundantes inmunoglobulinas que contiene cubren el endotelio del tubo digestivo evitando que se le adhieran los microorganismos patógenos. Facilita que el lactobacilo bifidus pueda colonizar el tracto intestinal. También contiene antioxidantes y quinonas que le protegen del daño oxidativo. También es rico en factores de crecimiento puesto que estimulan la maduración del aparato digestivo y de los sistemas defensivos⁶.

Leche de transición. Es la leche que se produce entre el 4 y 15 día después del parto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche (subida de la leche), la cual sigue en aumento hasta alcanzar un volumen de 600-700 ml día entre los 15 y 30 días después del parto. Esta leche tiene una composición intermedia, la cual va variando cada día hasta alcanzar la composición de la leche madura⁶.

Leche madura. Esta leche posee una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio de leche madura que puede producir una mujer es de 700-900ml/día durante los 6 primeros meses después del parto. Si la madre tiene gemelos se producirá un volumen suficiente para cada bebé. La lactancia pasa por una fase llamada fase calostrál cuando se produce una involución de la misma, esto ocurre justo antes de desaparecer la secreción de leche por completo⁶.

Leche del pretérmino. Las mujeres cuyo parto es pretérmino producen una leche con una composición diferente durante un mes, esta leche se adapta perfectamente a las características especiales del prematuro. Tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico⁶.

Es de gran importancia que el RN comience a tomar el pecho precozmente. Lo más ideal sería durante la primera media hora tras el alumbramiento en la misma Sala de Partos y/o en la Sala de Recuperación⁷.

La succión del bebé es el principal estímulo que induce la producción de leche, por lo que cuantas más veces tome el pecho de la madre, más leche se produce⁷.

Cada RN necesita un tiempo diferente para completar una toma, varía también según la edad de éste y de una toma a otra⁷.

Cada madre y cada bebé deben decidir lo que le es más cómodo a la hora de mamar, aunque existen unas pautas que son importantes y nos sirven a modo de orientación: *Una buena posición para mamar*. La madre debe estar bien sentada con la espalda recta y los brazos apoyados, y el bebé completamente girado hacia la madre (que su barriguita esté pegada a la de su madre). Coloquialmente se llama “barriga contra barriga”. *Una buena presión de la boca del bebé*. El bebé debe abrir bien la boca y tomar la mayor porción de pecho que pueda (la areola de la madre es un buen indicador). *Una adecuada técnica*. Si estamos en buena posición y con un buen agarre del RN, se deja que el bebé tome lo que quiera de ese pecho hasta que se suelte por sí mismo del pecho); en ese momento, se le ofrece siempre el otro pecho. El bebé tomará de este segundo pecho lo que desee (o nada), y la próxima vez empezaremos por este último pecho¹.

Es importante que cada mujer conozca varias posiciones para amamantar, las formas de sostener el pecho y las técnicas de LM; de esta forma podrá escoger la que más le guste tanto a ella como a su bebé. Existen varias posiciones y todas ellas tienen algo en común: el vientre y la cara del RN están enfrentados a su madre. Con los cambios de posición se consigue que el RN comprima distintos puntos de la areola y el pezón. Con esto el pecho se vacía mejor, evitando así la retención de la leche, el taponamiento de conductos, el dolor, las grietas en el pezón y la mastitis. No se debe recomendar una posición fija a la madre. Ella misma averiguará por sí misma cuál es su posición más adecuada y cómoda a utilizar en cada momento⁷.

Dentro de las diferentes posiciones para dar el pecho hay varias posiciones con la madre sentada y otras con la madre acostada. Cuando la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla o sillón donde esté cómoda y pueda apoyar bien la espalda. Sería conveniente que apoyara los pies sobre un pequeño taburete; y además, colocara un cojín sobre sus piernas aportando más comodidad a la hora de amamantar y dando a la vez altura al bebé para poderlo acomodar bien al mismo nivel del pecho⁷.

Entre las distintas posiciones en cuanto a la posición de sentada, se encuentran:

Madre sentada y bebé acunado (clásica): Esta es una de las posiciones más conocidas, el RN se encuentra acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del bebé como el de la madre quedan uno frente al otro, el brazo de ésta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del bebé. La mano debe colocarse en forma de “C”. La madre ofrece el pecho estimulando el labio inferior del RN con el pezón para que abra la boca. En cuanto esto ocurra es el momento idóneo para acercar el bebé hacia el pecho de tal forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del lactante. El brazo del bebé más próximo a la madre, queda por debajo del pecho de la madre o rodeando su cintura⁷.

Posición de caballito: La madre se encuentra sentada y el neonato sentado sobre la pierna de ésta con su boca a la altura del pecho; la madre lo agarra con el brazo del mismo lado en que está colocado, y con la mano en forma de “C” agarra su cabeza colocando los dedos del medio y pulgar detrás sus orejas, con la mano libre ofrece el pecho. Hay que tener especial cuidado de no apoyar la palma de la mano en la parte posterior de la cabeza ya que el lactante responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia atrás y de esta forma alejarse del pecho. Esta posición está recomendada para los RN híper y/o hipotónicos, RN con fisura palatina y mamas muy grandes⁷.

Posición en reversa: La madre sentada y el lactante acostado sobre un cojín para levantarlo a la altura de los pechos. Con la mano libre (la mano del mismo lado del pecho que se ofrece) la madre ofrece el pecho, con la otra sostiene la cabeza del lactante sobre la palma. Esta posición permite deslizar al bebé de un pecho a otro sin cambiarlo de posición. Esta posición se recomienda cuando el RN tiene preferencia por un pecho y cuando éste tiene problemas con la clavícula⁷.

Posición en canasto o pelota de rugby: En esta posición se ubica al RN debajo del brazo del lado con el que se va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomando al bebé por la base de la nuca. Esta posición se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea y también en caso de cesárea en la madre para no presionar la zona de la herida⁷.

En cuanto a las posiciones con la madre acostada, se encuentran:

Posición del niño con la madre acostada, ambos en decúbito lateral: La madre y el bebé se encuentran acostados en decúbito lateral, uno frente al otro, la cara del RN se encuentra frente al pecho y su abdomen pegado al cuerpo de su madre. Para la comodidad de la madre, debe apoyar su

cabeza sobre una almohada y el lactante quedaría apoyado sobre el brazo inferior de ésta, la madre con la mano libre dirige el pecho hacia la boca del RN. Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía, para amamantar de noche o en momentos de gran cansancio, sin importar la edad del bebé. Se sabe que las madres que recién tienen su bebé logran así un mejor descanso y se fatigan menos con esta posición que cuando amamantan sentadas⁷.

Posición madre recostada de espalda (decúbito supino) y el niño sobre esta en decúbito ventral: La madre acostada de espalda, en decúbito supino y el bebé recostado sobre ella en decúbito ventral o prono. La madre sostiene la frente del lactante con su mano y de esta forma el RN toma el pezón y la areola para comenzar la succión. Esta posición se recomienda a las madres que tienen un excesivo reflejo de eyección, ya que en esta posición el flujo de leche pierde fuerza y el bebé puede succionar y tragar de manera más cómoda. Es una posición transitoria mientras la madre encuentra otra posición más cómoda⁷.

1.3. Historia de la Lactancia Materna

La leche materna ha sido durante toda la existencia de la humanidad el único alimento que el RN y el lactante pequeño podían recibir para sobrevivir. En nuestro planeta, ha sido el único alimento conocido para la primera etapa del RN. Por lo que, la LM como proceso biológico es una actividad cultural, que afecta a mujeres dependiendo; entre otros factores, de sus creencias, clase social, etnia, región donde viva y el acceso que haya tenido a la educación⁸.

Ya desde la *Prehistoria* vemos como la historia de la LM es tan antigua como la historia de la humanidad y sus beneficios se han documentado por siglos. En gran parte de Europa se han encontrado recipientes para alimentación con boquilla, en tumbas de bebés, año 2000 A.C.⁸.

La duración de la LM en las diferentes civilizaciones y épocas de la historia era muy prolongada. Es por esto que aparece el papel de las nodrizas, por entonces eran personas muy importantes ya que amamantaban a los descendientes de madres que por lo general eran de una clase social más alta. Esto ocurría ya que las madres no querían sufrir el desgaste que la lactancia les producía. Por esto, el trabajo realizado por las nodrizas, con el tiempo, se fue convirtiendo en un trabajo remunerado. Podemos ver como el *código de Hammurabi* 1800 A.C. contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al bebé de otra mujer por dinero (la alimentación al pecho se debía dar por un mínimo de 2 años hasta un máximo de 4 años)^{8,1}.

En *Esparta*, se obligaba a la que era la esposa del rey a amamantar a su hijo mayor. En el caso del rey Temistes, fue su segundo hijo quien heredó el reino de Esparta sólo porque su madre lo había amamantado, pues a su hijo mayor le había dado el pecho una nodriza, por lo que perdió el derecho al trono. En Babilonia 2000 años a.C., la lactancia se practicaba hasta que el bebé cumplía los tres años de edad, ocurría igual en la India y en Egipto^{8,1}.

En el *Antiguo Egipto*, en el *Papiro de Ebers* 1500 años a.C., se detallan descripciones de los cuidados de los bebés, funciones que tenían las nodrizas, posturas para dar de mamar, enfermedades de la lactancia, la mortalidad infantil por parásitos, se planteaban criterios para determinar la calidad de la leche y se describía una duración de la LM de por lo menos dos años; incluso los *hebreos* en su *Talmud* recogían que lactancia debía darse hasta los 3 años de vida y debía ser exclusivamente administrada por las madres. En *Egipto*, también se consideraba un honor practicar la lactancia. Las nodrizas eran elegidas por el faraón y gozaban de muchos privilegios al punto de obtener altos rangos en la corte del Rey. Al igual que en *Babilonia* el abandono de los niños era castigado y el destete total se producía a los tres años, iniciándose a los dos. Los *espartanos*, sin embargo, fomentan una alimentación restringida en cuanto a la práctica de la lactancia, ya que ésta era asociada al envejecimiento prematuro, desgaste y dilatación de los pechos, siendo sus leyes más primitivas en relación con la alimentación infantil y protección a la infancia^{8,1}.

En la *Grecia Clásica*, *Sorano de Éfeso*, considerado el padre de la puericultura, estableció *patrones de alimentación*; donde decía que el destete debía realizarse pasados los dos años hasta que la dentición se completase. Posteriormente, dichos patrones fueron propugnados por *Galeno*; aportando éste que debían de alargarse hasta los tres años de edad del lactante. También se ve aquí la figura de la nodriza, bastante solicitada por las clases adineradas, pudiendo así acceder éstas a una mejor situación social. La familia que las contrataba adquiría un gran prestigio en su comunidad, dado que era un lujo que no todos podían permitirse^{8,1}.

En algunos datos de la cultura *India* el primer texto de LM se ubica a 500 años a.C., fue mandado a hacer por el *Rey Asoka*. En *China*, por orden del *Emperador Amarillo*, se escribe un libro llamado el *Estatuto de la Medicina*; establece que la LM debía darse como mínimo por dos años después del nacimiento o hasta que se diera un nuevo embarazo en esa mujer^{8,1}.

En los inicios de la *Era Cristiana*, se fomenta aún más el cuidado de los bebés pues se les consideraba portadores de un alma inmortal. Los *romanos* dictan las pautas sobre la legislación y perfil de las mujeres encargadas de amamantar a los RN. También empiezan a documentar enfermedades que se contagian a través de la lactancia, y las medidas higiénicas aplicadas no sólo a

las nodrizas sino a todos los instrumentos que utilizaban para alimentar al bebé. Por ley, fijan un tiempo de tres años para dar de mamar a los lactantes^{8,1}.

A partir del *siglo VI*, más concretamente, entrada la *Edad Media*, se empiezan a encontrar documentos en los que hay dos cambios significativos. En primer lugar, ya conocido desde la prehistoria, se parte de la idea que la lactancia es un alimento importante y aún mejor si es suministrada por la propia madre; en segundo lugar, se disculpa a aquellas madres que, por diferentes razones, no podían hacerlo y por tanto delegaban esta función a las nodrizas. En cuanto a la *Edad Media Europea*, el puericultor cordobés *Arib-Ibn-Said* (980) escribió un manuscrito donde uno de sus capítulos está dedicado íntegramente a la lactancia. En este capítulo comenta que la LM es el mejor alimento para que el bebé no enferme y defiende que, siempre que sea posible, ésta debe ser proporcionada por la propia madre^{8,1}.

En *Italia*, durante el *Renacimiento* (s. XV) se dan dos acontecimientos; por un lado el “*Descubrimiento de América*” donde la lactancia jugó un papel importante, ya que al ser éste un periodo bastante prolongado, la desnutrición infantil no fue un problema propio de nuestro continente; por otro lado la importación de la sífilis a América y la exportación de la gonorrea a Europa. La aparición de estas enfermedades y su contagio a niñas y niños pequeños, hizo que se pensase que dichas enfermedades podían pasar al lactante por medio de la leche materna. Por lo que toma más fuerza la idea de que la propia madre es quien debe amamantar a su bebé. Además, empieza también a incorporarse la concepción del vínculo materno-filial, ya que las nodrizas desarrollaban una relación muy estrecha con el bebé que amamantaban. Con la presencia de la madre dicha vinculación sería más fuerte; y así, sería parte de un proceso necesario para que la maternidad se diera de manera adecuada, sana y con el mejor desarrollo para ambos seres. Con la aparición de estos acontecimientos decae la figura de las nodrizas y aumenta el hecho de que sea la propia madre del bebé quien se encargue de amamantarlo^{8,1}.

A partir del *siglo XI*, en los reinos españoles y franceses, se estableció una legislación, la cual regulaba la función y las características de la nodriza. En este tiempo ya era bien conocido el vínculo afectivo que se establece entre el bebé y la mujer que lo está amamantando¹.

A partir del *siglo XVI* ya se sabía que para que el bebé sobreviviera tenía que alimentarse con leche humana. Gran cantidad de escritores decían que las madres debían amamantar a sus propios bebés, ya que era un deber para con ellos y para con Dios¹.

En los *siglos XVII y XVIII* se escribieron documentos completos dedicados a defender la LM y la obligación de la madre de alimentar a su RN con su propia leche. Durante este periodo existen

varias referencias que ponen en común la idea de que la supervivencia del lactante en los primeros meses de vida dependía del inicio y del mantenimiento de una lactancia satisfactoria. Entonces clérigos y científicos comienzan a rechazar a la nodriza, que a pesar de todo, continua vigente durante estos siglos¹.

Ya en el *siglo XVIII* el científico *Cadogan* realizó un manual en el que decía que la alimentación debía ser aportada directamente por la madre. Posteriormente, *Rousseau* compartía las mismas ideas que el anterior autor por lo que en conjunto lograron que la LM estuviese de moda en aquella época. La profesión de nodriza no decae, ya que éstas realizan su labor para bebés abandonados en instituciones caritativas y hospitales¹.

En el *siglo XIX* se produjo un importante cambio en cuanto a la alimentación infantil; ya que en gran medida las madres empezaron a alimentar a sus bebés, de esta forma solo se acudía a las nodrizas en caso de necesidad. Hubo una gran preocupación por las pautas de alimentación puesto que se relacionaba con la gran mortalidad infantil. Entonces, surgió un movimiento de apoyo a la LM definiéndose como alimento más saludable para el bebé: la leche materna. En la *Academia de Medicina de París* (1870) se discutió sobre el fenómeno de la LM aportada por la propia madre y su relación con la disminución de la mortalidad infantil¹.

En el inicio de *siglo XX*, se produjo un incremento de la LM para posteriormente alcanzar su nivel más bajo después de la *Primera Guerra Mundial*¹.

A partir de la *Segunda Guerra Mundial*, con la introducción de la leche en polvo y los suplementos de la lactancia, el papel de las nodrizas cae en detrimento, hasta su total desaparición en la década de los años ochenta. En el *siglo XXI*, se tiene la certeza de que el alimento más completo para el lactante es la LM. Aun así, es necesario que se haga una buena promoción de ello; para que la población sea conocedora y haya una gran sensibilización social en cuanto a las numerosas ventajas científicas demostradas que aporta dicha lactancia tanto para el bebé como para la madre. Esto debe hacerse de manera que puedan respetarse todas las opiniones tomadas por las madres; tanto si toman la decisión de amamantar a sus bebés con su propia leche, como si deciden lo contrario, a pesar de las consecuencias que esto pueda acarrear^{8,1}.

A lo largo de todas estas épocas la LM pasa de ser un medio de sobrevivencia, a uno de subsistencia socioeconómica, posteriormente se convierte en un lujo que no sólo inserta una distinción social sino una preferencia por lo estético. Por otro lado, el pensamiento que se tiene respecto de la lactancia se va modificando, ya que llega de considerarse un bien material negociable y capaz de producir dinero antes de ser percibido como un alimento. Posteriormente, es visto como

un factor de peso para la relación existente entre madre e hijo, y últimamente, un cambio de concepción en que el ser humano se reta a sí mismo y a la naturaleza; ya que ante la existencia de fórmulas de leche, la lactancia es tomada como una opción más. Sin embargo, en pleno *siglo XXI*, la LM sigue vigente a pesar de todas las transformaciones tanto en su concepción como en su uso. Sigue siendo la mejor opción para el RN a nivel fisiológico, psicológico y social. No siendo sólo un medio de alimentación, sino un medio de caracterización y unión dentro de nuestra raza, haciéndonos con ello más humanos, y sobre todo, más personas. Por lo que este contacto constante y prolongado, se vuelve esencial, no sólo desde un punto de vista nutricional, sino también desde un punto de vista más integral⁸.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

En el año 1997, la Organización Mundial de Salud (OMS), la United Nations International Children's Emergency Fund/ Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) hicieron público un comunicado en el cual recomendaban la LM como el alimento ideal y exclusivo para el bebé en sus primeros seis meses de vida, debiendo continuar hasta completar el primer año de vida y una vez finalizado este periodo hasta que madre e hijo quieran¹.

La AAP recomienda que la alimentación materna debe mantenerse hasta el primer año de edad del bebé, mientras que la OMS y UNICEF alargan la recomendación hasta los dos años de vida de éste; es decir, que el RN lacte hasta los dos primeros años de vida y que durante los seis primeros meses tome exclusivamente leche materna (sin aportar otros alimentos o líquidos, ni siquiera agua). Durante milenios, la LM ha sido muy prolongada en el tiempo, mayormente se ha ofrecido durante dos años como mínimo, llegando hasta incluso cinco años en otras culturas¹.

Pese a las recomendaciones de la OMS y de otras muchas agencias y asociaciones, las tasas de LM son mucho más bajas de lo deseado en todo el mundo. En algunos países, esto se debe a una tasa de inicio muy insatisfactoria en muchos hospitales. Por ejemplo, en Inglaterra ocurre que menos del 50% de las madres inicia el amamantamiento; aunque en otros países donde sí se llega al 100% de las mujeres que inician la LM, posteriormente tiene lugar una caída de su práctica y en especial de la LME porque es costumbre introducir otros alimentos o líquidos. Los bebés que reciben leche materna hasta los seis meses son una minoría¹.

En cuanto a la prevalencia en países ricos y pobres, encontramos que en Europa y en los demás países ricos se está bastante lejos de llegar a amamantar a los bebés de acuerdo con las

recomendaciones de la OMS, de algunos gobiernos y asociaciones profesionales europeas. En lo que se refiere a países pobres; la OMS estima que de un total de 94 países, el 65% de la población de niños menores de 12 meses presenta una tasa de LME entre 0 y 4 meses de alrededor del 35%. En todas las zonas pobres las tasas de inicio son muy altas, frecuentemente cercanas al 100%. Lo que llama la atención, son las tasas tan bajas que hay de LME en los primeros 6 meses de vida del bebé¹.

En países desarrollados como Australia y EEUU, el 54% y el 41,1% de las mujeres respectivamente, amamantan de forma exclusiva durante tres meses y el 32% y el 14,2% lo hacen durante seis meses⁴.

En el año 1990, la prevalencia en España era cerca del 70% el primer mes de vida, al tercer mes estaba alrededor del 60%, reduciéndose al sexto mes de vida a poco más del 20%⁴.

Según datos de la Encuesta Nacional de Sanidad (2006), en España las mujeres que dan de lactar durante los 3 primeros meses de vida oscilan: entre el 68,4% que salen de los hospitales dando pecho; al 24,7% que mantienen la LME a los 3 meses, y según aumenta la edad del bebé el porcentaje continúa descendiendo³.

La prevalencia de LME al nacer en Andalucía es del 81,6%, descendiendo al 26,5% al final del cuarto mes de vida del RN⁴.

Hay gran variedad de *mitos* que giran en torno a la LM. Muchas madres se dejan guiar por muchos de estos mitos o consejos de familiares o allegados provocando incluso el fracaso de la LM. Por este motivo, es importante conocer estos mitos que pasan de unas generaciones a otras; para así impedir que sigan vigentes y de este modo puedan ser reconocidos con cierta facilidad por las madres. Entre ellos, podemos destacar:

Hay mujeres que no producen suficiente leche. (Es prácticamente imposible que una madre no tenga la capacidad de producir leche. El bebé, al igual que cualquier cría mamífera, controla la cantidad de leche que debe producir su madre. Hay que respetar la demanda que tenga el bebé; es decir, dejarlo que tome todas las veces que lo necesite, asegurando una correcta posición al pecho)⁹.

La mujer que amamanta debe tener una dieta especial y restringir ciertos alimentos, para evitar gases y cólicos en los RN. (Es muy frecuente escuchar que la madre que amamanta no debe tomar ciertos alimentos que puedan cambiar el sabor de la leche, como: ajo, coles, alcachofas, cebollas, etc., ya que, además, pueden ser la causa de gases en los bebés. Es cierto que una determinada alimentación puede influir en el sabor y color de la leche pero el bebé amamantado se

habitúa sin ningún problema a alimentarse con leche de distintos sabores. Posiblemente esto favorecerá que se acostumbre a la variedad de su comida cuando sea más mayor. No obstante, es conveniente recordar que el consumo de sustancias que contengan cafeína o teína, como café, colas, té y chocolates, no están contraindicadas, pero deben consumirse de forma moderada, y si es posible, sería conveniente que no se consumiesen inmediatamente antes de dar el pecho)⁹.

Algunas mujeres producen leche de mala calidad y por eso el bebé no aumenta bien de peso. (Se ha comprobado que incluso las madres desnutridas y que viven en situaciones de pobreza y precariedad extremas producen leche materna de calidad. Aunque la madre coma mal y su dieta no sea del todo equilibrada puede estar tranquila; ya que las células que se encargan de fabricar la leche se encargan de extraer de las reservas maternas todo lo necesario para que no le falte de nada al bebé. En la mayoría de casos de bajo peso del niño, la causa es o bien un consumo insuficiente de leche materna o algún tipo de problema que el pediatra solucionará)⁹.

Una mujer tiene que beber leche para producir leche. (Ningún otro mamífero necesita tomar leche para producirla. Es muy frecuente escuchar que la madre que da lactancia materna debe aumentar el consumo de leche para hacer frente a una demanda de calcio aumentada por la lactancia. Sin embargo, una dieta saludable rica en verduras, frutas, cereales y proteínas es todo lo que una madre necesita para nutrirse y producir leche. Es conveniente no aumentar el consumo de lácteos más allá del habitual. De hecho, el calcio se puede obtener de una gran variedad de fuentes no relacionadas con los lácteos, como las verduras de hoja verde, las semillas, los frutos secos y pescados como la sardina y el salmón)⁹.

El bebé debe vaciar los dos pechos en cada toma. (Es mejor que el bebé termine de tomar del primer pecho antes de ofrecer el segundo, aunque esto signifique que rechace el segundo durante esa toma. La leche del final de la toma es más rica en grasas (aporta mayor cantidad de calorías) y se obtiene gradualmente a medida que el bebé va vaciando el pecho. Si se cambia al neonato de pecho antes de que éste se vacíe, el bebé sólo consumirá la primera leche y no obtendrá el equilibrio natural entre la leche del principio y la del final de la toma, reduciendo el consumo de calorías. Esto puede provocar insatisfacción por parte del bebé, y puede ser una de las causas de baja progresión de peso durante las primeras semanas)⁹.

Los bebés amamantados no duermen bien durante las noches. (Que los bebés duerman solos toda la noche es algo culturalmente aceptado, que en realidad difiere de las necesidades nutricionales y psicológicas de los RN. Los bebés crecen a un ritmo acelerado y, en la mayoría de ellos, el 25% de su consumo de leche se produce durante la noche. Por otro lado, al ser inmaduros,

tienen un sueño superficial, que es un mecanismo protector de su sueño; en la naturaleza, todo tiene un sentido. A medida que el bebé crece, se irá adaptando a la vida y no necesitará despertarse tan a menudo. De todas formas, el bebé puede dormir cerca de su madre; así, en el caso de que éste se despierte, se le podrá dar de mamar más fácilmente con la madre acostada y volver a dormir una vez que haya terminado)⁹.

La extracción de la leche materna es una buena forma de saber cuánta leche tiene disponible la madre. (No es una buena medida fiable. La cantidad de leche que se extrae puede variar por muchos factores; pero en general, el bebé que se alimenta bien extrae más leche de la que su madre puede extraer artificialmente)⁹.

La baja producción de leche se hereda. (La producción de leche no tiene nada que ver con la suerte o la herencia, sino que tiene que ver con la frecuencia con la que se da de mamar al bebé, y con la posición de éste al hacerlo. No obstante, sí es importante reconocer que la presencia de otra madre que no haya vivido una buena experiencia en el entorno de una pareja lactante puede influir en la confianza de la madre: disminuyéndola por culpa de comentarios desafortunados. Esto no ocurre si la madre está bien informada, en este tema, de una fuente fiable)⁹.

Dar pecho a demanda, genera bebés dependientes y trastornos de pareja. (El pecho a demanda es una necesidad de los bebés. El bebé debe tener una relación de dependencia con su madre, porque la cría humana es inmadura desde el punto de vista fisiológico y psicológico. Las necesidades del neonato son muy intensas al principio, pero van disminuyendo con el tiempo. Además, el trabajo en equipo que se realiza al cuidar de un RN puede unir a una pareja conforme aprenden a ser madre y padre juntos)⁹.

El éxito de la lactancia depende del tipo de parto, de la forma de los pezones y del tamaño de los pechos. (El éxito de la lactancia está relacionado con la información y soporte que recibe la madre, su confianza en sí misma, y la colocación frecuente y eficiente del bebé al pecho; no tiene que ver con la forma de los pezones, tamaño de los pechos o tipo de parto. Los pechos pequeños amamantan igual de bien que los más grandes. La forma de los pezones, en general, no afecta la lactancia. Es cierto, que en algunas situaciones particulares; tales como, pezones umbilicados o extremadamente grandes se pueden dar más dificultades al principio, pero pueden solucionarse con un adecuado apoyo profesional. Finalmente, el tipo de parto, la medicación que recibió la madre o incluso las complicaciones asociadas al posparto; pueden retrasar un poco el inicio de la lactancia, pero no tienen ninguna influencia una vez que ésta se ha iniciado e instaurado correctamente)⁹.

Si la madre está enfadada o asustada no debe dar de lactar. (El estrés o miedo extremo puede aletargar el flujo de leche pero solo se trata de una respuesta temporal del organismo ante la ansiedad)¹⁰.

Si las madres están embarazadas de otro bebé deben dejar de amamantar. (Aun estando embarazada de otro bebé la madre puede seguir amamantando. Algunas hormonas que el cuerpo produce en el período de gestación pueden cambiar el sabor de la leche, pero no cambia su calidad. Por lo que, el bebé podrá dejar de lactar progresivamente)¹⁰.

La mujer que lacta no puede tener relaciones sexuales porque la leche se estropea. (Es algo completamente falso ya que las relaciones sexuales no estropean la leche)¹⁰.

Si la madre está enferma, no debe dar de lactar y si sigue lactando no puede tomar medicación. (Si la mujer está enferma: gripe, resfriado, tos, etc. puede amamantar; aunque si por el contrario, se trata de otra enfermedad más grave, antes de tomar cualquier medicación deberá consultar con su médico)¹⁰.

Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver a amamantar. (Con una técnica adecuada y apoyo, tanto las madres como los bebés pueden retomar la lactancia posterior a un cambio de leche materna a fórmula. Esta práctica es vital durante una emergencia)¹⁰.

Se debe dejar de amamantar cuando el bebé aprenda a caminar. (Los bebés deben ser alimentados sólo con leche materna hasta los 6 meses. De los 6 meses hasta los dos años, hay que complementar el consumo de leche materna con otros alimentos, pero no es necesario dejar de lactar si la madre y el bebé así lo desean)¹⁰.

Estos mitos nos demuestran que aún, hoy en día, sigue existiendo poca información real hacia las madres sobre la LM. A pesar de que se ha avanzado mucho en este tema, sigue habiendo un gran número de mujeres que no tienen una información clara y fiable. Queremos aportar claridad sobre todo lo que rodea a la LMN y por supuesto, lo que hace que fracase. Y así, en un futuro podamos evitar caer en la misma dinámica; intentando así, abrir una puerta de esperanza para aquellas madres que verdaderamente quieren amamantar a sus bebés pero se encuentran rodeadas de multitud de dudas; además, podremos lograr acercarnos a lo recomendado por la OMS.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Teorías

La estrategia de UNICEF, con respecto a la alimentación de lactantes, se basa en las estipulaciones de la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo a la LM. Dicha estrategia constituye un documento categórico en el que se establecieron políticas y se esbozaron los objetivos fundamentales en materia de amamantamiento. La Declaración de Innocenti fue aprobada en agosto de 1990, recibiendo posteriormente el respaldo de la Asamblea Mundial de la Salud y la Junta Ejecutiva de UNICEF³.

Los miembros de las Naciones Unidas ratificaron la importancia y la urgencia de implantar una política sanitaria en la mencionada Declaración conteniendo la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” de la OMS y UNICEF y que aprobó la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002³.

La mayoría de la gente cree que la LM por ser un proceso natural es algo sencillo; pero esto no es totalmente cierto, ya que alrededor de la mitad de las mujeres tienen gran cantidad de problemas para amantar a sus bebés. Sobre todo, si se trata del primer bebé y/o de una madre que no posee apoyo familiar, y especialmente si dicha madre es adolescente².

La madre que amamanta está cumpliendo con uno de los roles maternos más importantes como es la alimentación de su bebé, pues de esto depende su subsistencia. La adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante el embarazo y el proceso del parto. En este proceso, la madre se va sintiendo poco a poco vinculada a su bebé; adquiere gran competencia en la realización de sus cuidados asociados a su nuevo rol, y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol².

Según la Teoría de Mercer, el rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender en gran medida: de su entorno social, familiar y cultural. Es por eso que todos estos factores afectarán de una manera u otra a la LME, siendo ésta la actividad principal de este rol².

En el año 1979, se fundó la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN), su función era la de proteger la alimentación infantil, y vigilar el mercadeo de los sucedáneos de la leche materna. IBFAN, agrupa asociaciones que trabajan alrededor del mundo para mejorar la salud y el bienestar de bebés, madres y familiares a través de la protección, promoción y apoyo de la LM libre de presiones comerciales, además de mejorar la seguridad de los alimentos artificiales. Así, los grupos IBFAN, vigilan por todo el mundo sirviendo como guardianes de la LM

y las estrategias de mercado sobre nutrición infantil, para que la Asamblea Mundial de la Salud (cuerpo político de la OMS) adopte medidas y resoluciones que permitan una protección de la salud infantil y de los derechos de las mujeres. Todas las asociaciones pertenecientes tienen una meta común y es la de tomar medidas de acción directa para exigir la aplicación del Código Internacional^I.

En el año 1981, el trabajo que desempeñó IBFAN contribuyó en buena medida a que en 1981 la Asamblea Mundial de la Salud aprobara el llamado: “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la LM”. “Resumen de los puntos principales del Código de comercialización de los derivados de leche para lactantes”:

- “Prohíbe la publicidad de sucedáneos de la leche materna en el sistema de salud o para el público en general”.
- “Prohíbe dar muestras gratuitas a las madres embarazadas”.
- “Prohíbe los suministros gratuitos o a bajo precio a los hospitales”.
- “Prohíbe el contacto entre el personal comercial de las compañías y madres”.
- “Las publicaciones dirigidas a las madres no deben ser promocionales, y deben llevar información y advertencias claras y completas”.
- “Las compañías no deben hacer regalos a los trabajadores de la salud”.
- “Se prohíben las muestras gratuitas para los profesionales de la salud, excepto para la evaluación profesional o para investigación en el ámbito profesional”.
- “Las publicaciones para trabajadores de salud sólo contendrán información científica y objetiva”.
- “Se prohíben las fotos de bebés y otras imágenes que idealicen en las etiquetas de leche artificial”.
- “Las etiquetas de otros productos deben llevar información necesaria para uso adecuado, de una forma que no desaliente la LM”^I.

Carol Bellamy, directora ejecutiva de UNICEF apoya la LMN en forma exclusiva porque puede salvar vidas: 1,5 millones por año según la OMS. Los lactantes alimentados con fórmula tienen entre 4 y 6 veces más posibilidades de morir de enfermedad que los alimentados con leche materna, ya que la fórmula muchas veces se prepara con agua potencialmente contaminada y

porque no fortalece el sistema inmune como lo hace la leche de la madre. Por estas mismas razones, UNICEF apoya el Código Internacional sobre Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna. La Asamblea mundial de la Salud, encargada de las políticas de Salud a nivel mundial, adoptó este Código. Otros Gobiernos, también lo han implantado a través de su legislación nacional. Actualmente, el Código Internacional se ha convertido en ley total o parcialmente en cerca de 55 países. En España, se regula según Real decreto 1408/1992 de 20 de noviembre, publicado en el BOE de 13 de enero de 1993. Y en el BOE de 4 de febrero de 1998, Real decreto 72/1998¹.

En el año 1983, UNICEF pone en marcha una campaña llamada “La revolución por la supervivencia y el desarrollo de los niños y de las niñas”, mediante programas de apoyo a la LM y a la nutrición adecuada¹.

En el año 1989, La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre los derechos del niño, que entra en vigencia en septiembre de 1990. Así, la Convención se convierte en el tratado de derechos humanos más aceptado de la historia. Dentro de dicho tratado se estipula, la obligación jurídica de los Estados de otorgar a las familias el conocimiento y el apoyo necesario para poder practicar una buena y adecuada LMN¹.

En 1989, la OMS Y UNICEF viendo la importancia de la LMN para la salud en el mundo, iniciaron una campaña para la Protección, Promoción y Apoyo de ésta; realizaron un documento en el que incentivaban a todos los Hospitales del mundo a poner en práctica las medidas que se resumen en los Diez pasos para una feliz LMN¹.

Todos los servicios de Maternidad y atención a los RN debían cumplir “Los Diez pasos hacia una LMN exitosa”:

1. Disponer de una normativa por escrito relativa a la LMN que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica dicha normativa.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas de los beneficios que ofrece la LMN, tanto para la madre como para el bebé, y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las mujeres a comenzar la LMN durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las mujeres cómo se debe dar el pecho al bebé y cómo poder mantener la LMN incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los neonatos nada más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén medicamente indicados.

7. Facilitar la cohabitación de las madres y los RN durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la LMN cada vez que el bebé lo solicite, que sea a demanda de éste.
9. No dar a los bebés alimentados a pecho: biberones o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la LMN y procurar que las madres se pongan en contacto con éstos a la salida del hospital⁶.

La Declaración conjunta de OMS-UNICEF de 1989, fue la base para la “Iniciativa Lactancia Materna: Hospital Amigo de los niños”(IHAN), a través de la cual UNICEF continuó su labor añadiendo además, que se cumpliera en todo el mundo el Código Ético de comercialización de los derivados de la leche para lactantes. La IHAN ha tenido en el mundo un gran éxito, ya que en más de 20.000 hospitales del mundo se cumplen los 10 pasos para una feliz LMN y han sido galardonados por UNICEF como Hospitales Amigos de los Niños. Los Hospitales de Gerona, Tarragona, Granollers, Denia, Jarrio y Cangas de Narcea en Asturias, Mora de Ebro en Tarragona y Zumárraga en Guipúzcoa; son los hospitales que han sido galardonados como “Hospitales Amigos de los Niños”, en nuestro país¹.

En el año 1990, la “Declaración de Innocenti” fue adoptada conjuntamente por la OMS y UNICEF y aprobada un año después en 1991 por la Asamblea Mundial de la Salud, la cual hace un llamamiento a los diferentes gobiernos para:

- Apoyar en todo el mundo la LMN, adoptando medidas para conseguir una buena Cultura de la LMN.
- Proclamar las ventajas que posee la LMN.
- Crear personal de coordinación nacional y comités multi-sectoriales de la lactancia.
- Asegurar que los Servicios de Maternidad de los hospitales cumplan los Diez Pasos para una feliz LMN, según la Declaración Conjunta de la OMS y UNICEF.
- Implementar el Código Internacional y las resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud.
- Incentivar a los Estados a integrar Programas de LMN, además de definir una legislación que protejan los derechos de lactancia que tienen las mujeres trabajadoras¹.

En el año 1991, se fundó Alianza Mundial Pro LM (WABA). Fue creada para fortalecer la acción de los objetivos de la Declaración de Innocenti y para que a su vez apoyara a UNICEF y a los gobiernos a lograr el cumplimiento de los objetivos de la Declaración de Innocenti. WABA es

una Red Mundial de organizaciones y personas que creen en el derecho que tiene tanto la madre como el bebé a practicar una buena y saludable LMN; y a su vez ayudan a proteger, fomentar y apoyar este derecho. WABA es creadora de la “Semana Mundial de la LM” que se celebra del 1 al 7 de octubre; y del “Día Mundial de la LM” celebrado el 1 de agosto¹.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Analizar los factores relacionados con el abandono de la LM en los seis primeros meses de vida.

4.2. Objetivos específicos

- Describir los factores que inciden en la promoción de la LM en atención primaria y hospitalaria, además de la enseñanza de una buena práctica de la misma.
- Analizar los diferentes beneficios que aporta dicha práctica al lactante y a la madre.
- Comparar los datos entre distintas zonas para comprobar si se alcanza el tiempo mínimo de LM aconsejado por la OMS.
- Hacer especial hincapié en la promoción de la LME tanto para las madres como para los profesionales sanitarios.

5. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este trabajo de revisión hemos considerado como población de estudio a mujeres puérperas que están dando LM en exclusividad; interviniendo en los factores asociados al abandono o fracaso precoz de la LME anterior a los de seis meses de vida del RN. Descartando todos aquellos artículos relacionados con un estudio anterior a esta fecha; dado que la última referencia que hemos encontrado sobre el tema es una revisión sistemática del año 2002, por lo que decidimos realizar la búsqueda a partir de esa fecha.

5.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta en la selección de los artículos adecuados para la realización de la revisión, son los siguientes:

- 1) Estudios originales que hagan referencia a mujeres que estén dando LM en exclusividad.
- 2) Artículos que hagan referencia a menores de seis meses.

- 3) Artículos que hagan referencia a factores que conducen al fracaso de la LME.
- 4) Artículos publicados entre los años 2002 y 2015.

Los artículos que no cumplieron estos criterios fueron rechazados, no siendo de utilidad para esta revisión.

5.2. Material y método

Se ha realizado una revisión bibliográfica, la cual ha sido posible gracias a los criterios anteriormente descritos para la elección de los artículos oportunos. Dentro de los estudios seleccionados, encontramos que hemos trabajado con una selección de artículos e investigaciones publicados en diferentes idiomas, tales como: el inglés, el portugués, el italiano y el español. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos españolas e internacionales (Tabla 1): PubMed, SpycInfo, Cinahl, The Cochrane Library: Home, Cochrane Plus, Cuiden Plus, Lilacs, IME, Scielo, ENFISPO, combinando los términos claves tanto en castellano como en inglés: Puerperio, Lactancia Materna Natural y Exclusiva, Factores relacionados con el Abandono, Interrupción, Puerperium, Exclusive Breast Feeding, Abandonment, Interruption. La bibliografía de los artículos encontrados nos ha remitido a otros artículos, así como a libros que hablan sobre el tema que tratamos. Además, se han pedido artículos no encontrados a “texto completo” a sus respectivos autores, recibiendo respuesta de los mismos y cedidos posteriormente por éstos. A su vez, se ha consultado también Google Académico para búsqueda de información adicional.

Realizamos una selección manual de los diferentes artículos rechazándose aquellos que no cumplieran los criterios de selección y calidad expuestos anteriormente. Identificamos 564 publicaciones, de las cuales escogimos 35, que cumplieran los criterios de inclusión expuestos en el apartado anterior (Figura 1).

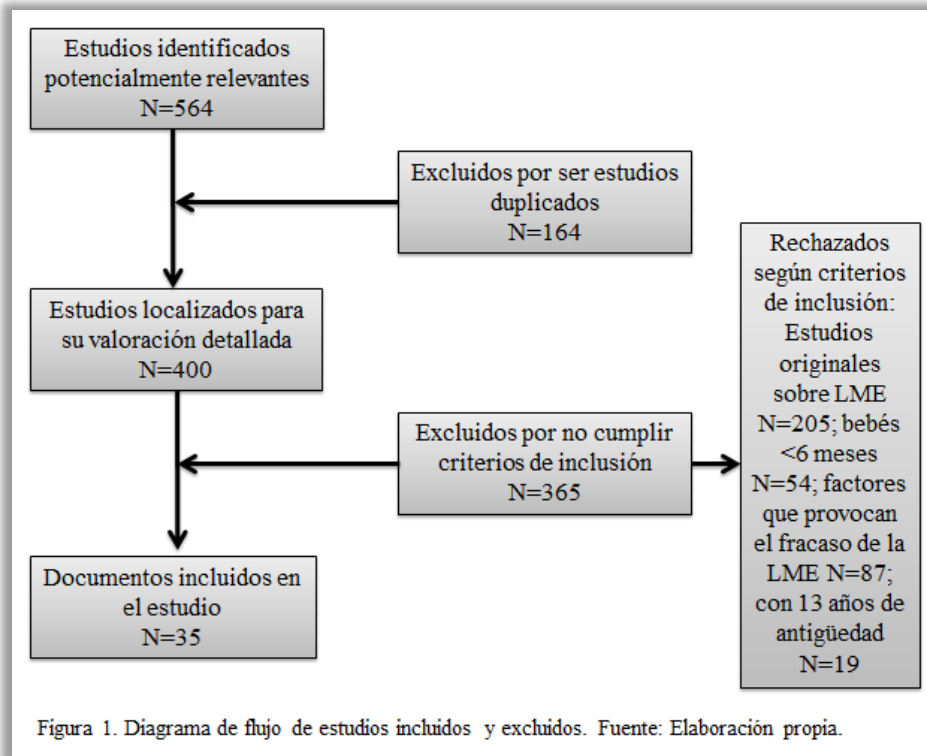
5.2.1. Búsqueda bibliográfica

Tabla 1. Búsqueda bibliográfica realizada en diferentes bases de datos.

BASE DE DATOS	CADENA DE BÚSQUEDA	FECHA	Nº DOC. ENCONTRADOS	Nº DOC. SELECCIONADOS
PubMed	(postpartum period[mh] OR postpartum period[tiab] OR postpart*[tiab] OR puerperium[tiab] OR postpartum wom*[tiab]) AND (breast feeding[mh] OR breast feeding[tiab] OR Breastfeeding[tiab] OR exclusive breast feeding[tiab]) AND (abandonment*[tiab] OR failure*[tiab] OR interruption*[tiab])	19-1-15	200	5
SpysInfo	(SU(postnatal period) OR AB(postnatal period) OR AB(postpartum period) OR AB(postpart*) OR AB(puerperium) OR AB(postpartum wom*)) AND (SU(breast feeding) OR AB(breast feeding) OR AB(breastfeeding) OR AB(exclusive breast feeding)) AND (SU(failure) OR AB(failure) OR AB(failure*) OR AB(abandonment*) OR AB(interruption*))	19-1-15	20	3
Cinahl	(MH (postnatal period) OR AB (postnatal period) OR AB (postpartum period) OR AB (postpart*) OR AB (puerperium) OR AB (postpartum wom*)) AND (MH (breast feeding) OR AB (breast feeding) OR AB (breastfeeding) OR AB (exclusive breast feeding)) AND (MH (failure) OR AB (failure) OR AB (failure*) OR AB (abandonment*) OR AB (interruption*))	20-1-15	36	2
The Cochrane Library: Home	(postpartum period OR postpart* OR puerperium OR postpartum wom*) AND (breast feeding OR exclusive breast feeding OR Breastfeeding)	21-1-15	35	2
Cochrane Plus	((lactancia materna OR lactancia materna natural OR lactancia materna exclusiva) AND (abandono OR fracaso OR interrupción))	21-1-15	6	2
Cuiden Plus	((lactancia materna OR lactancia materna natural OR lactancia materna exclusiva OR breast feeding OR breastfeeding) AND (abandono OR fracaso OR interrupción OR failure OR abandonment OR interruption))	22-1-15	73	6
Lilacs	((lactancia materna OR lactancia materna natural OR lactancia materna exclusiva OR breast feeding OR breastfeeding) (abandono OR fracaso OR interrupción OR failure OR abandonment OR interruption))	22-1-15	108	14
IME	abandono lactancia materna exclusiva	22-1-15	8	2
Scielo	lactancia materna AND abandono	22-1-15	78	7
ENFISPO	“lactancia materna” AND (abandono\$ OR interrupción\$ OR fracaso\$)	22-1-15	0	0

Fuente: Elaboración propia.

A continuación podemos ver el diagrama de flujo (Figura 1) donde se explica detalladamente los textos rechazados según los criterios de inclusión y finalmente los textos aceptados para la elaboración del trabajo.



6. RESULTADOS

En este apartado, vamos a realizar una comparativa entre las variables independientes encontradas en cada uno de los estudios seleccionados, tales como; hipogalactia, factores sociodemográficos (edad materna, nivel de estudios de la madre, estado civil, empleo, nivel socioeconómico, nacionalidad, lugar de residencia, etc.), utilización del chupete y del biberón, problemas maternos y del RN (enfermedad materna, dolor en los pezones, mastitis, regurgitación, grietas mamarias, enfermedad por reflujo del RN, etc.), conocimientos deficientes (no asistencia a cursos prenatales, mala técnica, conocimiento de grupos de apoyo a la LM, experiencia previa en LM, etc.), factores obstétricos (paridad, vía de nacimiento, tipo de parto, prematuridad del RN, baja ganancia de peso del RN, etc.), demora en la instauración de la LM, ámbito hospitalario y atención primaria (prescripción médica de abandono de LM, ausencia de programa Hospital Amigo, etc.), falta de apoyo familiar y/o social, nivel alto de ansiedad/ inseguridad (falta de confianza/ inseguridad materna, etc.), y una única variable dependiente, siendo en este caso el fracaso de la LM.

➤ HIPOGALACTIA

En cuanto a este apartado cabe destacar que muchos autores piensan que la hipogalactia (baja producción de leche materna) en sí, no existe realmente y que el problema es otro, pero que es más fácil nombrarlo de esta forma. Según Carvalhaes et al, el concepto de “leche no nutritiva” fue introducido en la cultura brasilera por los higienistas del siglo XIX, debido a la dificultad para explicar la falta de éxito de algunas mujeres que daban de lactar, siendo este concepto asimilado de forma notable y permaneciendo hasta la actualidad. Además, aporta que dicho concepto sirve aún de excusa o justificación para algunos de los pediatras que recomiendan introducir la alimentación complementaria, madres que quizás no quieren lactar, etc. Y comenta que la incapacidad de lactar, como consecuencia de la verdadera producción de leche de bajo valor nutritivo, se da en muy pocas situaciones y son muy raras¹¹.

Abordaremos en este epígrafe todo lo referente a cuando las madres aportan que: “el bebé no se llena”, “no tengo suficiente leche”, “el bebé se queda con hambre”, “hay poca producción de leche”, etc.

En cuanto a la hipogalactia relacionada con el fracaso de la LM, podemos ver que en el estudio de Salazar et al (Tabla 2), se concluye que el principal motivo de abandono de la LM fue la baja producción de leche o hipogalactia¹². Así como, el estudio realizado por Martínez Galiano (Tabla 2), donde coincidiendo con el anterior concluye que el 26.4% de los casos deja la LM por “No tener leche materna”⁴. En el estudio de Martínez et al (Tabla 2), se vuelve a afirmar que uno de los principales motivos de abandono de la LM fue “el no tener leche” seguido de “el niño se queda con hambre”¹³. En el estudio de Olang et al, el 28% de las madres ofrecen como excusa ante la interrupción de la LME, el no tener leche materna suficiente (auto-percibida o real), siendo ésta la segunda causa de abandono en dicho estudio¹⁴. Esto sigue siendo corroborado por Carvalhaes et al (Tabla 2) en su artículo; donde las madres deciden introducir la leche de vaca justificando al respecto que su leche no es suficiente para el RN, ni es de buena calidad¹¹.

El artículo de Delgado et al (Tabla 2), nos aporta que en un 36.7% de los casos la principal causa de abandono de la LME fue la hipogalactia. Las madres se justificaron diciendo: “no se llenaba el bebé”. En este estudio, la prevalencia de LME a seis meses resultó ser de 67.6% estando por encima del 50% considerado como meta por la OMS y UNICEF con los programas de apoyo a la LM¹⁵. En el siguiente estudio Ruiz et al (Tabla 2), afirma lo mismo que el artículo anterior, donde la hipogalactia fue el principal motivo que ofrecieron las madres frente al abandono de la LME en un 33.33% de los casos. Esto hizo que se abandonara la LME antes de los cuatro meses¹⁶.

Navarro-Gil (Tabla 2), nos habla de la hipogalactia en su estudio y refiere que el 66.7% de las madres dicen haber abandonado la LME porque “el bebé se quedaba con hambre” mientras que el 33.3% de la madres lo hizo por “escasa ganancia ponderal del bebé” y el 5.9% restante refiere tener “hipogalactia”¹⁷. En el estudio de Estévez et al (Tabla 2), podemos ver prácticamente resultados similares a los anteriores. En el 64.5% de los casos, a los 15 días, la madre refiere que tiene la sensación de que “el bebé pasa hambre” y que “no tiene suficiente leche”, siendo ésta la principal causa de abandono de la LME.

La principal causa de abandono de la LM fue la disminución de la producción de leche con un 20.69% de los casos; de ello nos habla Soto et al (Tabla 2) en su estudio realizado en el área de salud de Toledo. En lo que se refiere a la principal causa de la no iniciación de la LME fue en un 24.49% por “la no subida de la leche”¹⁸.

Según el estudio de Sacristán et al (Tabla 2), el principal motivo que alega la madre en cuanto a la decisión de dar lactancia artificial o abandono de la LME, fue por motivos de hipogalactia con un porcentaje de 29,7%, seguida de la escasa ganancia de peso en un 20,5% de los casos. Casi el 65% de las madres mantuvo la LME a los 4 meses, pero solo el 27% llegó a los 6 meses, el 50% de las madres refería hipogalactia o baja ganancia de peso como motivo del abandono de la LME¹⁹.

Garbarino et al (Tabla 2), nos muestra en su estudio que una de las razones más frecuentes de interrupción de la LM en los primeros 7 días de vida fue la usencia o retraso en la producción de leche. Incluso en el periodo comprendido entre 2 y 6 meses, continuó siendo uno de los factores que más influyeron en la suspensión de la LM²⁰.

En el artículo de Sandes et al (Tabla 2), podemos ver como una de las principales causas de abandono de la LM fue la producción de leche insuficiente. Las causas para el abandono de la LME a los tres y a los seis meses fue la hipogalactia en un 72.2% y en un 65.6% de los casos respectivamente²¹.

El artículo de Teixeira et al (Tabla 2), identificó que una de las principales causas de abandono de la LME fue la hipogalactia en un 21.2% de los casos, seguido de la insaciabilidad del bebé en un 10.6%. Estas fueron unas de las principales razones que alegaron las madres para introducir otros alimentos antes de los 6 meses de vida²².

Bejarano et al (Tabla 2), nos cuenta en su artículo que una de las causas más frecuentes de abandono de la LME encontrada en el estudio, fue la insuficiente cantidad de leche en un 18.30% de los casos²³.

Más de las tres cuartas partes de las mujeres refirieron como causa de abandono de la LME, que el bebé se quedaba con hambre y la insuficiente disponibilidad de leche en las mamas. Los datos revelados por Broche et al (Tabla 2), nos muestran como existió un gran predominio de las madres que referían que sus bebés se quedaban con hambre en un 44,8 % de los casos, seguido de las que referían no tener leche en los pechos con un 37,5 %²⁴.

Según el estudio de Navarro et al (Tabla 2), una de las principales razones para el destete aportadas por las mujeres de ambos grupos estudiados fueron coincidentes, ya que en las dos se habló de la producción insuficiente de leche en un 20.5% y 9.2% de los casos en cada uno de los grupos realizados en el estudio. Duplicándose en ambos grupos como uno de los factores que provocaron la interrupción temprana de la LME²⁵.

En el estudio de González et al (Tabla 2), podemos destacar que entre las causas de suspensión de la LME predominó la hipogalactia con el 19,47% de los casos, siendo la principal causa de abandono en dicho estudio. Según los autores, dicha causa se debe a que a pesar de la preparación psicológica que se les brinda a las madres durante el embarazo para efectuar una buena LM, aún persisten influencias de otros miembros de la familia sobre los mitos y creencias de ésta²⁶.

El estudio realizado por Núñez et al (Tabla 2), nos muestra la hipogalactia o producción escasa de leche como las principales causas de abandono en dicho estudio realizado en el Área Sanitaria del Norte de Córdoba²⁷.

Niño et al (Tabla 2) nos aporta en su estudio, según lo referido por las madres, que los principales motivos de abandono de la LME fueron "decisión propia" y percepción materna que el bebé "quedaba con hambre", esto ocurrió en un 24.1% de los casos. Este es el principal aporte de este estudio, que nos demuestra que casi en la mitad de los casos el destete precoz está asociado a decisiones o percepciones maternas, que no necesariamente reflejan la realidad. Según los autores, la impresión de que "el bebé queda con hambre" no siempre está asociada a un hecho objetivo o no se relaciona con la curva de crecimiento de éste. Ello podría reducirse con una mayor información en los controles de salud o con clínicas de LM²⁸.

Tabla 2. Hipogalactia y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 1	Quezada, C.; Delgado, A.; Arroyo, L.; Díaz, MA. et al. / 2008	Méjico	70 adolescentes	Estudio de cohortes longitudinal analítico	La hipogalactia como principal causa de abandono con un 63.6% de los casos.
Texto 3	Martínez Galiano, JM. / 2010	España	52 mujeres adultas	Estudio observacional descriptivo y analítico	Causa de abandono, la hipogalactia en el 26.4% de los casos.
Texto 4	Martínez, JM.; Delgado, M. / 2013	España	520 primíparas	Estudio multicéntrico observacional	Uno de los principales motivos de abandono de la LM fue “el no tener leche” seguido de “el niño se queda con hambre”.
Texto 6	Leite, MA.; Garcia de Lima, CM.; Plácido, M. / 2007	Brasil	380 mujeres	Estudio transversal	Las madres justificaron la introducción de leche de vaca por factores relativos con la cantidad/calidad de la leche materna.
Texto 7	Delgado, A.; Arroyo, LM.; Díaz, MA.; Quezada, CA. / 2006	Méjico	111 mujeres	Estudio prospectivo de cohorte, analítico	La hipogalactia fue la principal causa que ofrecieron las madres por abandonar la LME.
Texto 9	Ruiz, P.; Martínez, JM. / 2014	España	49 mujeres	Estudio observacional, descriptivo transversal	La hipogalactia fue el principal motivo que ofrecieron las madres frente al abandono de la LME.
Texto 10	Navarro-Gil, C. / 2013	España	19 mujeres púperas	Estudio observacional, descriptivo prospectivo	El 66.7% de las madres refiere haber abandonado la LME porque el bebé se quedaba con hambre.
Texto 11	Estévez, MD.; Martell, D.; Medina, R.; García, E.; Saavedra, P. / 2002	España	545 mujeres	Estudio prospectivo	El bebé pasa hambre y no se tiene suficiente leche, es la principal causa de abandono de la LME.
Texto 12	Soto, M.; Pérez, N.; Rivilla, L.; Marañón, N.; Castillo, S.; Estepa, S. / 2002	España	226 bebés	Estudio descriptivo transversal	La principal causa de abandono de la LM fue la disminución de la producción de leche (20.69%).
Texto 15	Sacristán, AM.; Lozano, JE.; Gil, M.; Vega, AT. / 2011	España	804 bebés	Estudio descriptivo observacional	El principal motivo que alega la madre como abandono de la LME fue por motivos de hipogalactia en un 29,7% de los casos.
Texto 16	Garbarino, F.; Morniroli, D.; Ghirardi, B.; Garavaglia, E.; Bracco, B.; Gianni, ML. et al / 2013	Italia	100 mujeres	Estudio observacional prospectivo	Ausencia o retraso en la producción de leche fue una de las razones más frecuentes de interrupción de la LM en los primeros 7 días de vida.

Fuente: Elaboración propia.

Continuación - Tabla 2. Hipogalactia y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 18	Sandes, AR.; Nascimento, C.; Figueira, J.; Gouveia, R.; Valente, S.; Martins, S. et al / 2007	Portugal	475 mujeres	Estudio longitudinal prospectivo	La producción de leche insuficiente fue una de las principales causas de abandono.
Texto 23	Teixeira, NK.; Palhano, M.; Arruda, M.; Cavalcanti, SB.; da Silva, R.; Albernaz, F / 2011	Brasil	176 bebés	Estudio descriptivo transversal	Una de las principales causas de abandono de la LME fue la hipogalactia en un 21.2% de los casos.
Texto 24	Bejarano, RM.; Fuentes, M.; Castellanos, O.; Nieto, JM.; Vargas, L. / 2011	Colombia	372 mujeres	Estudio de cohorte prospectivo	Una de las causas más frecuentes de abandono de la LME fue la insuficiente cantidad de leche en un 18.30% de los casos.
Texto 25	Broche, RC.; Sánchez, OL.; Rodríguez, D.; Pérez, LE. / 2011	Cuba	96 lactantes	Estudio descriptivo transversal	Principales causas de abandono referidas; los bebés se quedan con hambre con un 44,8 % y no tener leche en los pechos con un 37,5 %.
Texto 27	Navarro, M.; Duque, MX.; Trejo, JA. / 2003	Méjico	265 mujeres	Estudio transversal comparativo	Uno de los principales factores asociados con el abandono temprano de la LM fue la producción insuficiente de leche.
Texto 29	González, I.; Pileta, B. / 2002	Cuba	113 lactantes	Estudio descriptivo transversal	La hipogalactia fue la causa principal de suspensión de la LME con un 19.47% de los casos.
Texto 33	Núñez, RA.; Medina, D.; Herrera, Á.; Murillo, A.; Ojeda, R. / 2010	España	135 mujeres	Estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo	La hipogalactia o producción escasa de leche coincide como la primera causa de abandono de la LME.
Texto 34	Niño, R.; Silva, G.; Atalah, E. / 2012	Chile	414 mujeres	Estudio descriptivo transversal	Los principales motivos de abandono de la LME fueron por percepción materna de que el bebé "quedaba con hambre".

Fuente: Elaboración propia.

➤ FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En estos factores podemos incluir todo lo referente a la madre, como; edad materna, escolaridad, estado civil, trabajo y nivel socioeconómico, nacionalidad, experiencia previa en LM, haber tomado

una decisión previa, hábitos nocivos y lugar de residencia. Y ver de qué forma afecta dichos factores en el fracaso de la LM.

Aunque en el estudio realizado por Martínez Galiano (Tabla 3) no se encontró asociación estadística en relación a los diferentes factores sociodemográficos y el abandono de la LM; podemos ver como en otro estudio también realizado por este mismo autor junto a Delgado Rodríguez, comentan que las mujeres más jóvenes lactan en menor medida. Afirmado también, por el autor Dennis CL que dice que las mujeres que tienen menos probabilidad de amamantar son aquellas que son más jóvenes^{4,13,29}.

A diferencia de otros estudios, en el realizado por Cárdenas et al (Tabla3), nos habla que las madres adultas tienden a abandonar con más frecuencia la LME, pudiendo ser debido esto a que las mujeres de mayor edad tardan más tiempo en alcanzar la producción completa de leche².

Según Quesada Salazar et al (Tabla 3), los factores sociodemográficos no influyeron en la decisión de lactar; pero en lo que se refiere al estudio que realiza Camargo et al (Tabla 3), ocurre un descenso mayor de la LM en madres que vivían en barrios de estrato socioeconómico bajo. Se encontró que las madres que residían en este tipo de barrios, tenían una velocidad mayor de abandono de la LME, comparando con aquellas que residían en barrios con mejor estrato socioeconómico. También nos comenta sobre otros hallazgos donde los bebés de familias de bajos ingresos tenían una probabilidad mayor de abandonar la LME antes del tercer mes de edad^{12,30}.

En lo que se refiere a la escolaridad materna de 0 a 6 años, Delgado-Becerra et al (Tabla 3), refieren que fue la única variable significativa en su estudio que ayudó a lactar exclusivamente al seno materno, además de servir en la continuidad de la LME en un periodo de seis meses¹⁵.

Según las características del estudio de Ruiz et al (Tabla 3), una de las posibles causas del abandono de la LME puede ser la creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, siendo una causa de abandono a los cuatro meses, coincidiendo ésta con la baja maternal establecida en nuestro país. Y otra posible causa, el ser madre soltera, estado civil al que pertenecían el 26.53% de las madres que colaboraron en dicho estudio¹⁶.

El estudio de Estévez et al (Tabla3), mide la variable independiente en varias ocasiones a lo largo de los seis meses de vida del lactante. En la variable “madre universitaria”, el 85.4% estaban dando LM a los 15 días y el 64.2% de las madres abandonaron la LM a esa edad. Mientras que a los 3 meses de edad, el 58.5% de las madres universitarias lactaron y el 36.5% no. Y a los 6 meses el 28.6% aún seguían dando LM y el 18.4% la habían abandonado a esa edad. En cuanto a la variable:

“madre que trabaja fuera del hogar” el 76.8% lactaron y el 62% no lactaron, a los 15 días; y a los 3 meses el 46.3% lactaron y el 36.7% abandonaron la LM a esa edad. El autor refiere que el nivel de estudios universitarios y trabajar fuera del hogar, se interpreta como un factor facilitador de la LM hasta los 3 meses. Esto es debido, por una posible mayor amplitud de miras de las mujeres que trabajan fuera del hogar; pues ello favorece un mayor número de contactos y relaciones que pueden ser positivas para la LM. Mientras que la edad de la mujer (ser muy joven), comenta; que influye de forma inversa en la continuidad de la LM. Siendo ésta significativamente más corta en los casos de nivel de estudios bajo y la edad de la madre inferior a 25 años, cuyo efecto negativo es mayor a medida que progresa la lactancia, y no desaparece hasta el octavo mes³¹.

En el estudio realizado por Soto et al (Tabla 3), podemos ver como la incorporación de la madre al trabajo (14.37%), fue la segunda causa de abandono de la LM en dicho estudio. Algo curioso en cuanto a los resultados obtenidos que llama la atención del autor, es que a pesar de que un porcentaje importante de las madres cesan la lactancia por motivos de trabajo, el tiempo medio de lactancia entre las trabajadoras y las amas de casa no presenta diferencias estadísticamente significativas¹⁸.

Rodicio et al (Tabla 3), nos comenta en su estudio que el trabajo materno supuso un 11% de los casos del abandono de la lactancia materna, siendo la tercera causa de abandono de dicho estudio³².

En el mundo moderno hay una mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, muchas de los que desempeñan puestos clave de gran importancia en las empresas y por lo tanto están expuestas a largas horas de trabajo. A menudo no pueden hacer uso de la baja de maternidad de seis meses, con el riesgo de perder su posición profesional. Hay situaciones en las que la madre es profesional autónoma y tiene dificultades para quedarse fuera de la actividad profesional durante mucho tiempo, lo que interfiere con la LME. Según el estudio de Pacífico de Queiroz et al (Tabla 3), uno de los factores más comunes asociados con la práctica del destete precoz fue el empleo materno fuera del hogar. La LME durante al menos cuatro meses ha sido raramente practicada. Factores tales como la inclusión de las mujeres en el mercado laboral durante el proceso de industrialización y urbanización, contribuyeron al aumento de las prácticas del destete precoz, debido principalmente a la ausencia de derechos laborales y medidas de protección. El 38.9% tenía un empleo, esta variable materna expresó asociación significativa con el destete precoz. Los bebés cuyas madres trabajan fuera del hogar, sufrieron 2.7 veces más probabilidades de ser destetados temprano en comparación con los bebés cuyas madres estuvieron presentes en el país. Por lo que

este autor considera, la presencia de la madre en el hogar, como un factor protector importante para la práctica de la LME³³.

La vuelta al trabajo fue una de las causas de abandono de la LME en un 18.4% de los casos. Sin embargo, los factores relacionados con una mayor duración de la LM fueron la ausencia de tabaquismo, la actividad física durante el embarazo, un mayor nivel educativo y una experiencia positiva con la lactancia. Analizado por Sandes et al (Tabla 3) en su artículo²¹.

En el estudio realizado por Camilo et al (Tabla 3), podemos ver como el regreso de la madre al trabajo después del parto se asoció negativamente con la práctica de la LME a los seis meses de la vida del bebé. En cuanto a los datos relativos a la situación socioeconómica y el regreso de la madre al trabajo después del parto, se encontró que el 68,5% de las madres de altos ingresos y el 29,7% de las madres de bajo nivel socioeconómico volvieron al trabajo. Los datos del estudio sobre esta variable muestra que las madres con alto nivel socioeconómico, ejerce actividad profesional fuera del hogar en la mayoría de los casos. Revelando un riesgo potencial para la interrupción de la LME. Según la OMS World Health Organization (WHO) y Pedroso et al, la LM es más valorada por las mujeres de mayores ingresos y educación. Sin embargo, los datos del estudio de Camilo et al, mostraron resultados opuestos, es decir, una mayor prevalencia de la interrupción de la LME entre las mujeres de nivel socioeconómico alto. En conclusión, el trabajo de la madre fuera del hogar y un alto nivel socioeconómico fueron factores asociados con el abandono de la LME. El autor afirma mediante los resultados obtenidos en dicho estudio, que es útil la identificación de las madres inmediatamente después del parto, las cuales tienen un nivel socioeconómico alto y la intención de ejercer la actividad profesional fuera del hogar. La identificación de estos grupos es de gran utilidad para los profesionales de la promoción de la LM, ya que son considerados de riesgo para la interrupción de la LME. Esto permite la planificación de estrategias específicas destinadas a mantener la LME hasta el sexto mes de vida del niño a través del apoyo individualizado tanto para la madre como para el bebé^{34,35,36}.

Vilar de Araújo et al (Tabla 3) nos habla en el estudio que la edad materna no era un factor de riesgo para el abandono prematuro, ya que no había diferencia significativa entre madres menores de 20 años y el resto de la muestra. Sin embargo, otros estudios citados en dicho artículo, demostraron que la edad de la madre era un factor importante en el destete precoz, comentado por Bueno et al y Espírito Santo, sugiriendo este último, que las madres menores de 25 años tienden a introducir alimentos complementarios más temprano en la vida de sus bebés, interrumpiendo así la continuación de la LME. Vilar de Araújo et al, nos cuenta en su estudio sobre el gran aumento que

se produjo en el nivel educativo de la madre entre 1999 y 2008, siendo más de la mitad de las madres las que en 2008 habían estudiado durante 11 años o más, ya que en años anteriores el grupo de madres que habían estudiado no llegaban a la cuarta parte. Otros autores, como Brunken et al, Escobar et al y Venâncio et al, comentaron en sus respectivos estudios que el bajo nivel educativo de la madre se asocia con el destete precoz; y han señalado que el aumento en el nivel educativo materno promueve la LM; y que el retraso de éste provoca la introducción prematura de alimentos complementarios^{37,38,39,40,41,42}.

En el estudio de Rodrigues et al (Tabla 3), se analizó varios factores de riesgo para la ausencia de la LME, entre ellos se estudió la edad materna, el nivel educativo de la madre y su situación laboral. Los cambios en el entorno familiar provocados por los estilos de vida modernos han dado lugar a que las madres salgan fuera del hogar para trabajar, convirtiéndose ello en un factor importante para el destete precoz. Siendo este el factor de gran importancia en dicho estudio asociándose al abandono de la LME⁴³.

Estadísticamente se observó, en el estudio de Mascarenhas et al (Tabla 3), asociación significativa entre el empleo de la madre a los 3 meses y la ausencia de la LME. Los autores comentaron que fue muy probable que esto se debiera a que, en este período, algunas mujeres a las cuales se les acababa la baja de maternidad, se separaban de sus bebés durante unas 8 horas, y esto demuestra no sólo la importancia del permiso de maternidad, sino también la debida orientación a las madres para que aprendieran a extraer su leche con el fin de mantener a sus bebés con la LM, incluso en su ausencia⁴⁴.

En su estudio Broche et al (Tabla 3), nos revela que del total de 96 madres lactantes, el gran predominio fue de las adolescentes menores de 20 años, con 40 casos, seguida de las de 20 a 35 años con 33 madres, para un 41,7 % y 34,4 %, respectivamente²⁴.

Según el estudio de Da Cruz et al (Tabla 3), los principales factores que hicieron fracasar la LME en dicho estudio fueron el bajo nivel de educación materna y la baja economía. En cuanto al nivel de educación bajo, de acuerdo con los datos de investigación del estudio, se asoció con el destete precoz siendo un factor de riesgo importante para la interrupción de la LME. A su vez, también se relaciona una mayor prevalencia de la LME con un nivel superior de escolaridad de la madre, posiblemente por la valoración de esta práctica por este segmento de la población favorecida económica y culturalmente. Con respecto a los ingresos familiares, se observó que las madres que tenían ingresos menores se asociaron con la interrupción de LME. La variable de ingreso familiar se comporta de manera similar a la variable educación materna. Por lo tanto, para una mayor duración

de la LME, en particular las madres lactantes con ingresos familiares inferiores, es necesario contar con una red de apoyo tras el alta hospitalaria para asegurar la motivación y el estímulo de la LME⁴⁵.

Según el estudio de Navarro et al (Tabla 3), la principal razón para el destete en ambos grupos estudiados fue el trabajo en un 25.9 y 16.4%, donde podemos ver que aproximadamente la mitad de las madres se ocupan en trabajos que demandan un rendimiento físico elevado, más del 80% de ellas tienen jornadas de ocho o más horas de duración. La carencia de facilidades en el lugar de trabajo para este tipo de alimentación, son factores que se asocian significativamente con el abandono temprano de la LME en mujeres que poseen un puesto de trabajo remunerado. En estas mujeres se ha observado que un factor importante para el abandono temprano de la LM es la separación de su bebé por periodos largos relacionados con su jornada de trabajo; ya que las madres que pueden tener cerca a sus bebés durante el trabajo logran mantener la LM por más tiempo, puesto que pueden alimentarlos^{25,46}.

Según el estudio de Díaz et al (Tabla 3), de las variables estudiadas la que tuvo mayor repercusión negativa fue la referente al empleo materno. Cabe destacar la estrecha relación que hubo entre la ocupación materna y el abandono precoz de LM en dicho estudio. Se encontró un abandono temprano de la LM en un grupo importante de casos. En relación a la actividad laboral, 34 mujeres poseían un empleo fuera del hogar; y en cuanto a la evolución de la LM en mujeres que trabajan, nos muestra el estudio que de las 34 madres que trabajaban, 12 de ellas no lactaron a sus bebés lo que representa el 17,4% del total de abandono de la LM. La duración de la LM hasta el cuarto mes según los resultados obtenidos en el estudio indica que 59 bebés recibían este tipo de alimentación para un 85,5% de los casos, y ya en el sexto mes, sólo la recibían 46 bebés con un 66,7% de los casos⁴⁷.

El estudio de González et al (Tabla 3), aporta distintas variables, y entre ellas podemos destacar la escolaridad materna con enseñanza secundaria, ya que fue este uno de los grupos que más lactaron con un 41,59% de los casos, seguida por el nivel preuniversitario con un 33,74% de los casos. Según los autores este último dato es contradictorio a los planteados por otros autores, ya que comentan que el grado de escolaridad materna y la utilización de la LM son directamente proporcionales; por lo que la LM es más duradera en mujeres con nivel universitario, pues ello está relacionado con una mejor información de las ventajas de este tipo de alimentación. En relación con la ocupación y el tiempo de LME proporcionada, representaron el 59,30 % que eran amas de casa y de ellas el 10.62% proporcionaron LME hasta los seis meses. Y el nivel de personal técnico con el 21,4 % y solo un 1.77% proporcionó LME hasta los seis meses. Al relacionar el per cápita familiar

obtuvieron que 82 mujeres, que representan el 72,58 % del total de las mujeres, que dieron LME durante mayor tiempo, tenían buen per cápita. Por lo que los autores, consideraron que el per cápita familiar influye en el tiempo de duración de la LME y en la producción de suficiente leche materna; pues una adecuada y correcta alimentación en el período de lactancia y durante el embarazo favorecen la producción suficiente de ésta. Según el estado civil las mujeres casadas fueron las que más lactaron, con el 46,90 % de los casos, aunque fueron las que vivían en compañía las que mayor tiempo perduraron con la LME, con un 46% de los casos. Las mujeres que no tenían hijos anteriores fueron las que mantuvieron la LME por más tiempo con el 58,41 %⁴⁸.

Medina et al (Tabla 3), nos muestra en su estudio una asociación entre la LME y las mujeres que no trabajan, ya que el 13,7% de mujeres que mantenían la LME, ninguna pertenecía al grupo de las mujeres con trabajo fuera del hogar. En el caso de la LM completa, los datos para las mujeres con actividad laboral eran significativamente inferiores al resto de situaciones que no implicaban un trabajo activo fuera del domicilio⁴⁹.

El estudio realizado por Oliver et al (Tabla 3), nos aporta que el menor nivel educativo está asociado con la interrupción más rápida de cualquier LM. El nivel de educación en la duración de la LM ha sido identificado en innumerables estudios. El nivel de educación es un buen representante de la clase social y se ha relacionado con mejores tasas de LM. La información adecuada puede ser el factor protector de la LM y debería ser accesible especialmente para las madres con un nivel de educación más bajo o un acceso más difícil a la información necesaria para una buena LM⁵⁰.

El estudio realizado por Núñez et al (Tabla 3), nos muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en el hecho de ofrecer LM o no en función del nivel de estudios y de ingresos. En concreto, en dicho estudio, se observa que a mayores ingresos económicos de la unidad familiar (más de 2000 euros), la adherencia a la LMN es mayor, alcanzándose cotas del 96,5%. Del mismo modo, a mayor nivel de estudios, mayor prevalencia de LMN: 96% de las mujeres con estudios universitarios que ofrecen LM. La vuelta al trabajo por parte de la madre es la segunda causa más importante de abandono de LMN en este estudio, coincidiendo con los hallazgos de otros trabajos²⁷.

Queluz et al (Tabla 3), muestra en su estudio que las mujeres que trabajan sin baja maternal tienen aproximadamente tres veces más probabilidades de dejar la LME. Estos resultados nos llevan a señalar que el trabajo de mujeres con acceso a la baja maternal hacen que ellas tengan una fuente de recursos financieros, que puede proporcionar menos preocupación de esta naturaleza y una mejor condición de seguridad con respecto a los costos necesarios diarios. Aunque no puede haber

ninguna garantía de que este recurso financiero supera a otros factores determinantes del proceso de la LM, pero puede configurar en uno de los factores facilitadores para dicha práctica. Otro estudio que cita Queluz et al, aporta también que la LME es más frecuente entre mujeres que disfrutaban de su baja de maternidad. En lo referente a otras variables como el nivel bajo de educación materno está asociado a la interrupción de la LME en bebés menores de 6 meses de edad; y el ser madre adolescente está asociado al cese de la LME, ya que la madres adolescentes son más propensas al destete temprano de sus bebés^{51,52,42}.

Tabla 3. Factores sociodemográficos y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 1	Quezada, C.; Delgado, A.; Arroyo, L.; Díaz, MA. et al. / 2008	Méjico	70 adolescentes	Estudio de cohortes longitudinal analítico	Según este estudio dichos factores no influyeron en la decisión de lactar.
Texto 2	Camargo, FA.; Latorre, JF.; Porras, JA. / 2011	Colombia	206 mujeres adultas	Estudio de cohortes	Dicho estudio demuestra que había un descenso mayor de la LM en madres que vivían en barrios de estrato socioeconómico bajo.
Texto 3	Martínez Galiano, JM. / 2010	España	52 mujeres adultas	Estudio observacional descriptivo y analítico	No se encontró asociación estadística en la relación de estos factores y el abandono de la LM
Texto 5	Cárdenas, MH.; Montes, E.; Varon, M., Arenas, N.; Reina, R. /2010	Venezuela	106 mujeres	Diseño cuantitativo de tipo correlacional de corte transversal	Las madres adultas tienden a abandonar con más frecuencia la LME.
Texto 7	Delgado, A.; Arroyo, LM.; Díaz, MA.; Quezada, CA. / 2006	Méjico	111 mujeres	Estudio prospectivo de cohorte, analítico	La escolaridad materna de 0 a 6 años fue la única variable significativa para lactar exclusivamente al seno materno.
Texto 9	Ruiz, P.; Martínez, JM. / 2014	España	49 mujeres	Estudio observacional, descriptivo transversal	La incorporación de la mujer al trabajo, una de las posibles causas del abandono de la LME; y otra posible causa, el ser madre soltera.
Texto 11	Estévez, MD.; Martell, D.; Medina, R.; García, E.; Saavedra, P. / 2002	España	545 mujeres	Estudio prospectivo	Ser muy joven influye de forma negativa en la continuidad de la LM. Siendo ésta, significativamente más corta en los casos de nivel de estudios bajo y la edad de la madre inferior a 25 años.

Fuente: Elaboración propia.

Continuación - Tabla 3. Factores sociodemográficos y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 12	Soto, M.; Pérez, N.; Rivilla, L.; Marañón, N.; Castillo, S.; Estepa, S. / 2002	España	226 bebés	Estudio descriptivo transversal	La incorporación de la madre al trabajo (14.37%), fue la segunda causa de abandono de la LM.
Texto 13	Rodicio, MM.; Abadi, A.; Silveira, M.; Rodríguez, MJ.; Andrés, A.; Vázquez, M. / 2002	España	1170 bebés	Estudio prospectivo	El abandono de la LM por el trabajo materno supuso un 11% de los casos, siendo la tercera causa de abandono de dicho estudio.
Texto 17	Pacífico de Queiroz, L.; Lemos, A.; Steffen, V.; Costa, R. / 2008	Brasil	667 bebés	Estudio transversal analítico	La mayoría de los factores asociados con el abandono de la LME en bebés menores de 6 meses fue el trabajo materno fuera del hogar.
Texto 18	Sandes, AR.; Nascimento, C.; Figueira, J.; Gouveia, R.; Valente, S.; Martins, S. et al / 2007	Portugal	475 mujeres	Estudio longitudinal prospectivo	La vuelta al trabajo fue una de las causas de abandono de la LME en un 18.4% de los casos.
Texto 19	Camilo, K.; Possobon, R.; Bovi, GM.; Costa, AL.; Bento, A. / 2011	Brasil	57 mujeres	Estudio longitudinal	El regreso de la madre al trabajo después del parto y un alto nivel socioeconómico se asoció negativamente con la práctica de la LME.
Texto 20	Vilar de Araújo, VL.; Leite, A.; Lopes, A.; Marques, R.; Freitas, E.; Tristão, RM. / 2012	Brasil	2.173 pacientes	Estudio retrospectivo transversal	El bajo nivel educativo de la madre se asocia con el destete precoz.
Texto 21	Rodrigues, C.; dos Santos, L.; Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana / 2012	Brasil	275 mujeres	Estudio transversal observacional	El abandono de la LME se asoció al trabajo de la madre fuera del hogar.
Texto 22	Mascarenhas, ML.; Albernaz, E.; da Silva, M.; da Silveira, R. / 2006	Brasil	940 mujeres	Estudio de cohorte prospectivo	El empleo materno se asoció significativamente con la interrupción de la LME antes de los 3 meses de vida.
Texto 25	Broche, RC.; Sánchez, OL.; Rodríguez, D.; Pérez, LE. / 2011	Cuba	96 lactantes	Estudio descriptivo transversal	Del total de 96 madres lactantes, el gran predominio fue de las adolescentes, 43 madres adultas abandonaron la LME.

Fuente: Elaboración propia.

Continuación - Tabla 3. Factores sociodemográficos y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 26	Da Cruz, C.; Oliveira, G.; de Oliveira, T.; Cardeal, CM. / 2011	Brasil	1309 lactantes	Estudio de cohortes	Bajo nivel de educación y economía, factores de riesgo para el abandono precoz de la LME.
Texto 27	Navarro, M.; Duque, MX.; Trejo, JA. / 2003	Méjico	265 mujeres	Estudio transversal comparativo	Uno de los principales factores asociados al abandono de la LM fue el trabajo materno; y el único factor laboral que mantuvo la asociación, fue no tener facilidades en el lugar de trabajo.
Texto 28	Díaz, JA.; Díaz, M.; Fernández, L.; Sarría, J. / 2006	Cuba	69 mujeres	Estudio experimental prospectivo de cohortes	De las variables estudiadas la que tuvo repercusión negativa para la LME fue el empleo materno.
Texto 29 / 755	González, I.; Pileta, B. / 2002	Cuba	113 lactantes	Estudio descriptivo transversal	La reincorporación al trabajo fue la mayor causa sociodemográfica asociada al abandono de la LME con un 7.6% de los casos.
Texto 31 / 925	Medina, R.; Doncel, D.; Reyes, S.; Álvarez, J.; Morales, JM. / 2011	España	207 mujeres	Estudio observacional transversal analítico	Del 13,7% de mujeres que mantenían LME, ninguna pertenecía al grupo de las mujeres con trabajo fuera del hogar.
Texto 32 / 933	Oliver, A.; Richart, M.; Cabrero, J.; Pérez, S.; Laguna, G.; Flores, JC. / 2010	España	248 mujeres	Estudio descriptivo transversal	El menor nivel de estudios se relaciona con un mayor abandono de la LM.
Texto 33	Núñez, RA.; Medina, D.; Herrera, Á.; Murillo, A.; Ojeda, R. / 2010	España	135 mujeres	Estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo	La vuelta al trabajo 2ª causa más importante de abandono de la LMN; y a mayores ingresos económicos de la unidad familiar mayor es la adherencia a la LMN siendo del 96,5%.
Texto 35	Queluz, MC.; Bistafa, MJ.; dos Santos, CB.; Moraes, A.; Garcia, R. / 2012	Brasil	275 bebés	Estudio transversal cuantitativo	Las mujeres que trabajan sin baja maternal tienen aproximadamente tres veces más probabilidades de dejar la LME.

Fuente: Elaboración propia.

➤ PRÁCTICAS DE CUIDADO: USO DEL CHUPETE Y DEL BIBERÓN

En nuestra cultura está muy arraigado al uso de este artículo para calmar el llanto del bebé, por lo que hace que sea difícil evitar su utilización. El estudio de Carvalhaes et al (Tabla 4), nos muestra el

riesgo atribuible poblacional asociado al uso del chupete que fue de 46.8%, por lo que dichos factores modificables fueron identificados como de riesgo para la interrupción de la LME. Según los autores de dicho estudio, el uso del chupete está dentro de los dos factores que aumentaron significativamente el riesgo del niño de no estar con LME. El hábito de succionar es un importante y significativo factor de riesgo para el abandono de dicha práctica¹¹.

Según el estudio de Pacífico de Queiroz et al (Tabla 4), uno de los factores más comunes asociados con la práctica del destete precoz fue el uso de chupetes o tetinas. El uso de dicho artículo se correlacionó con la práctica del destete precoz. Hubo un aumento de más de cuatro veces el riesgo de destete precoz en el grupo de bebés que estaban utilizando realmente chupetes³³.

En el estudio realizado por Camilo et al (Tabla 4), podemos ver como el chupete fue una de las variables fuertemente relacionadas con el abandono de la LME. El debate sobre este tema es muy relevante, ya que una recomendación o rechazo del uso del chupete durante los primeros meses de vida del niño es un tema relativamente contradictorio. En los Estados Unidos, la AAP recomienda el uso del chupete como método preventivo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) y Mitchell et al, afirma que dicho uso no debe ser desalentado, ya que evaluar los resultados de los estudios que tratan de relacionarlo con la reducción de la LM son contradictorios, y hacen hincapié en su importancia como la prevención del riesgo de SMSL. En conclusión, la introducción del chupete fue uno de los factores asociados con el abandono de la LME. Sin embargo, según los autores, se necesitan nuevos estudios para investigar si el chupete actúa como un precursor en la interrupción de LM o solo es un signo de la presencia de dificultades en la práctica de la LM con el fin de identificar el verdadero factor en el proceso de destete precoz, por lo que las actividades de promoción de la LME deberían ser más eficaces^{53,54,36}.

El uso del chupete ha sido objeto de numerosas publicaciones en los últimos años. Han tratado de utilizar una metodología rigurosa para llegar a una definición de la posible interferencia de esta variable en la LM. Rodrigues et al (Tabla 4), nos dice en su estudio que el uso del chupete se asoció a la ausencia de la LME en niños menores de seis meses. Dicho artículo estaba presente en el 32.3% de los bebés del grupo de LME, llegando a ser el factor de riesgo más importante de su estudio. Sin embargo, en otro estudio llevado a cabo por Jenik et al, no se encontró diferencias en las tasas de LME (a los 3 meses) entre un grupo que recibió el chupete después de una LM de dos semanas y un grupo que no se le dio el chupete. Por lo que, la introducción del chupete no interfirió en la duración de LME. Estos autores concluyeron que los chupetes que son introducidos después de que se haya establecido la LM no cambia la prevalencia o la duración de ésta. En el estudio de

Rodrigues et al, se detectó una fuerte asociación entre el uso del chupete y la ausencia de LME. Sin embargo, hay que destacar que al ser un estudio observacional cuyo cuestionario sólo preguntó sobre las últimas 24 horas, sus resultados no son suficientes para afirmar que la asociación observada sea definitiva^{1,55}.

Estadísticamente se observó, en el estudio de Mascarenhas et al (Tabla 4), una fuerte asociación entre el uso del chupete a los 3 meses y la ausencia de la LME a esta edad, lo que demuestra que a pesar de la población estar orientada a evitar el uso de chupetes, este sigue siendo un hábito cultural de difícil control y erradicación⁴⁴.

Aunque la práctica fue desaprobada por la OMS, chupetes y tetinas se utilizan ampliamente en muchos países, constituyendo un importante hábito cultural en nuestro medio. Los chupetes se usan generalmente para calmar al bebé y su uso puede conducir a una frecuencia más baja de alimentación al pecho. Por lo que hay menos estimulación de las mamas que conduce a una disminución de la producción de leche pudiendo conllevar esto al destete precoz. El estudio de Teixeira et al (Tabla 4), nos muestra que el porcentaje de bebés que utilizan chupetes es del 36.9%. Los estudios demuestran que hay una gran relación establecida entre el uso de estos artículos con el destete precoz, aunque dicha relación causal necesita mayor estudio²².

Según el estudio de Demitto et al (Tabla 4), no se observaron diferencias significativas entre el tiempo y los grupos de edad de LME de uso temprano del chupete, sin embargo, sí se encontró asociación entre el grupo de bebés que no usaban chupete con los otros grupos. También hubo una asociación significativa entre el uso de chupetes y el destete precoz, en la que los bebés que usaron un chupete tenían 3,2 veces más probabilidades de acabar con la LME antes de los seis meses de vida, que los que no usaron. El porcentaje obtenido del uso de chupetes en este estudio fue del 44,75%. También se encontró que la introducción temprana del chupete, refiriéndose al primer mes de vida del bebé, se produjo en un 26.61% de los casos, siendo de una frecuencia bastante baja en comparación con otros dos estudios, citados por los autores, donde se mostró una tasa de 53,9% y de 87,8% de bebés que comenzaron a usar el chupete durante el primer mes de vida. El establecimiento de la LM se produce en las primeras semanas de la vida del bebé, durante el cual pueden surgir algunos problemas como la congestión mamaria, pezones agrietados, etc. Por lo tanto, el primer mes de vida del bebé está en un momento delicado e importante para continuidad de la LM y es por esto que se debe evitar la introducción de un chupete^{56,57,58}.

Queluz et al (Tabla 4), muestra en su estudio que el uso del chupete se asoció con una interrupción de la LME. Los autores comentan que dicho resultado, también es mostrado en otros estudios por otros autores⁵¹.

En relación al biberón y el fracaso de la LM, encontramos que Camargo Figueroa et al (Tabla 4), afirma que dicho factor se relacionó con el fracaso de la LME durante un periodo de seis meses³⁰.

En el estudio de Estévez et al (Tabla 4), la variable independiente “haber dado biberón en el hospital” un 60.2% de la madres seguían dando LM a los 15 días y el 89.2% habían abandonado la LM a esa edad. A los 3 meses el 32.5% seguía dando LM y el 62.3% la habían abandonado; y en cuanto a los 6 meses las cifras de LM fueron de 16.5% y 30.7% la habían dejado a esa edad³¹.

Tabla 4. Prácticas de cuidado: uso del chupete/ biberón y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 6	Leite, MA.; Garcia de Lima, CM.; Plácido, M. / 2007	Brasil	380 mujeres	Estudio transversal	El riesgo atribuible poblacional asociado al uso del chupete fue 46.8%.
Texto 17	Pacífico de Queiroz, L.; Lemos, A.; Steffen, V.; Costa, R. / 2008	Brasil	667 bebés	Estudio transversal analítico	La mayoría de los factores asociados con el abandono de la LME en bebés menores de 6 meses fue el uso de chupetes o tetinas.
Texto 19	Camilo, K.; Possobon, R.; Bovi, GM.; Costa, AL.; Bento, A. / 2011	Brasil	57 mujeres	Estudio longitudinal	El uso del chupete fue una de las variables fuertemente relacionadas con el abandono de la LME.
Texto 21	Rodrigues, C.; dos Santos, L.; Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana / 2012	Brasil	275 mujeres	Estudio transversal observacional	Hubo asociación entre el uso del chupete y la ausencia de la LME.
Texto 22	Mascarenhas, ML.; Albernaz, E.; da Silva, M.; da Silveira, R. / 2006	Brasil	940 mujeres	Estudio de cohorte prospectivo	El uso del chupete se asoció significativamente con la interrupción de la LME antes de los 3 meses de vida.
Texto 23	Teixeira, NK.; Palhano, M.; Arruda, M.; Cavalcanti, SB.; da Silva, R.; Albernaz, F / 2011	Brasil	176 bebés	Estudio descriptivo transversal	Los estudios demuestran que hay una gran relación establecida entre el uso de chupetes y tetinas con el destete precoz.

Fuente: Elaboración propia.

Continuación – Tabla 4. Prácticas de cuidado: uso del chupete/ biberón y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 30	Demitto, MO.; Bercini, LO.; Rossi, RM. / 2013	Brasil	362 bebés	Estudio descriptivo cuantitativo	Existe una asociación significativa entre el uso del chupete y el destete precoz.
Texto 35	Queluz, MC.; Bistafa, MJ.; dos Santos, CB.; Moraes, A.; Garcia, R. / 2012	Brasil	275 bebés	Estudio transversal cuantitativo	El uso del chupete se asoció con una interrupción de la LME.
Texto 2	Camargo, FA.; Latorre, JF.; Porras, JA. / 2011	Colombia	206 mujeres adultas	Estudio de cohortes	Este factor fue asociado al abandono de la LME durante dicho periodo.
Texto 11	Estévez, MD.; Martell, D.; Medina, R.; García, E.; Saavedra, P. / 2002	España	545 mujeres	Estudio prospectivo	En la variable “Haber dado biberón en el hospital”, el 89.2% de los casos habían abandonado la LM a los 15 días.

Fuente: Elaboración propia.

➤ PROBLEMAS MATERNOS Y DEL RN

Cuando hablamos de problemas maternos podemos incluir: dolor en los pezones, problemas en las mamas y cualquier tipo de enfermedad materna; y en cuanto a los problemas de RN nos referimos a enfermedad por reflujo; estas variables independientes las relacionamos con nuestra variable dependiente: el abandono de la LM.

En lo que se refiere a la enfermedad de la mujer que amamanta, Martínez Galiano et al y Leite et al (Tabla 5), nos habla de cómo afecta a la LM los problemas en las mamas como grietas, mastitis, traumas de pezón en el 29% de las madres y regurgitación mamaria en el 19.5% además de otros problemas^{13,11}.

En cuanto a la enfermedad por reflujo del RN, nos habla Quezada et al (Tabla 5) en su estudio, donde dicha variable aparece como un factor de abandono en un 11.5% de los casos¹².

Garbarino et al (Tabla 5), nos cuenta en su estudio que los factores maternos como dolor en los pezones o retraso en el inicio de la LM fueron las razones más frecuentes que dieron lugar a una interrupción temprana de ésta²⁰.

Tabla 5. Problemas maternos y del RN y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 1	Quezada, C.; Delgado, A.; Arroyo, L.; Díaz, MA. et al. / 2008	Méjico	70 adolescentes	Estudio de cohortes longitudinal analítico	La enfermedad por reflujo del RN con un 11.5%, fue junto con otras variables una causa de abandono de la LME.
Texto 4	Martínez, JM.; Delgado, M. / 2013	España	520 primíparas	Estudio multicéntrico observacional	Problemas en las mamas como grietas, mastitis además de otros.
Texto 6	Leite, MA.; Garcia de Lima, CM.; Plácido, M. / 2007	Brasil	380 mujeres	Estudio transversal	El 29% de las madres mencionaron tener traumas de pezón y el 19.5% regurgitación mamaria.
Texto 16	Garbarino, F.; Morniroli, D.; Ghirardi, B.; Garavaglia, E.; Bracco, B.; Gianni, ML. et al / 2013	Italia	100 mujeres	Estudio observacional prospectivo	Los factores maternos fueron las razones más frecuentes que dieron lugar a una interrupción temprana de la LM.

Fuente: Elaboración propia.

➤ CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

En lo que se refieren a conocimientos deficientes, podemos incluir dentro del mismo: la no asistencia a cursos prenatales, mala técnica en lo que se refiere al amamantamiento, ser primípara que conlleva a no tener una experiencia previa en la LM y no ser conocedora de los grupos de apoyo para la LM. Relacionamos estas variables independientes con el abandono de la LM.

Quezada et al (Tabla 6), menciona en su artículo que cuando las madres acuden a cursos prenatales sobre la LM, la tendencia a ella y su duración es mayor. A pesar de ello en el estudio no se llegó a una conclusión firme, ya que cuando compararon el grupo que concluyó el seguimiento a 6 meses, no hubo relación entre las madres que habían tomado el curso de LM y las madres que habían decidido dar LM en exclusividad. Pero en lo que se refiere al grupo de deserción encontraron que solamente el 13.4% de las mujeres asistió a los cursos, por lo que concluyen que esto pudo haber influido en la conducta de abandono de la LM. Por otro lado, Martínez Galiano et al (Tabla 6), nos habla en su estudio de como la asistencia a los cursos de Educación Maternal (EM) hizo que el 70.66% de las mujeres iniciaran la LM de forma precoz, frente al 60.63% de las mujeres que no la iniciaron; manteniéndose en el tiempo la LM hasta un mínimo de dos meses en aquellas madres que asistieron a la EM^{12,13}.

Camargo et al (Tabla 6), nos habla en su artículo de como la asociación más fuerte encontrada en su estudio fue los conocimientos deficientes acerca de la LM y el abandono de la LME al sexto mes. Nos cuenta como la velocidad de abandono de la LME fue mayor en madres que tenía conocimientos deficientes sobre la LM en comparación con las que tenían conocimientos sobre el tema³⁰.

Según el estudio de Ruiz et al (Tabla 6), la gran mayoría de los RN del estudio había abandonado la LME antes de los 4 meses, a pesar de la labor de promoción llevada a cabo en nuestro país para fomentar dicha lactancia hasta los 6 meses de edad del bebé, indicando esto que aún queda mucho por hacer en este sentido. Según los resultados de su estudio, solo acudieron al programa de EM el 53.06% de las madres; siendo éste un porcentaje bastante bajo, a pesar de ser un programa de acceso gratuito y universal. Por lo que recomiendan en dicho estudio promocionar la participación de las mujeres embarazadas a este programa. Esto sería de gran importancia para el favorecimiento de la LME gracias a la formación e información que en dichos programas se proporciona acerca de la misma, procurando así su instauración y mantenimiento¹⁶.

Rodicio et al (Tabla 6), habla en su estudio del “fallo en la técnica de amamantamiento”, factor que proporciona la primera causa de abandono de la LM en dicho estudio, ocurriendo esto en un 45.2% de los casos y antes de las 4 semanas de vida del lactante³².

Garbarino et al (Tabla 6), nos muestra en su estudio que los factores significativamente asociados con una mayor duración de la LM eran principalmente la asistencia de un curso preparto y una experiencia positiva de la LM en embarazos anteriores. Ya que, asistir a un curso de cuidado pre-natal, da a las madres una mayor preparación para el parto y las posibles dificultades posteriores. El éxito de un periodo de lactancia anterior permite a la madre tener una mayor confianza en su capacidad de amamantar, así como poseer herramientas más adecuadas para manejar al bebé y las posibles dificultades de alimentación. Parece tener un papel crucial proporcionar información adecuada a las madres y para ello será entonces necesaria una capacitación adecuada del personal de salud para apoyar a las madres, ya sea mediante la realización de cursos pre-parto o mediante su apoyo en el posparto; nos aporta Garbarino et al a modo de conclusión en su estudio²⁰.

En cuanto al nivel de información sobre los beneficios que aporta la LM, el 82.5% de las madres conocían las ventajas que ésta poseía para el bebé. En cambio, el 17.5% de las madres restantes desconocía las ventajas de ésta. En dicho artículo, realizado por Sandes et al (Tabla 6), un estudio comparativo mostró que la duración de la LME es significativamente mayor en las madres

que están mejor informadas acerca de las ventajas de este tipo de alimentación. Cuando se preguntó acerca de la fuente de información sobre la LM, el 61% mencionó los folletos de información y los medios de comunicación, mientras que 13% dijo no obtener ninguna información sobre el tema. Los profesionales de salud contribuyeron sólo en el 9% de la información sobre los beneficios de la lactancia materna. Sin embargo, madres que fueron informados en forma conjunta por profesionales de salud, familiares y amigos amamantaron por más largo tiempo, existiendo una diferencia estadísticamente significativa al respecto. Sólo el 9% de las madres encuestadas mencionaron la contribución del médico para su información, frente al 70% que valora la importancia de los medios de comunicación, familia y amigos. Sandes et al, aporta como conclusión final; la necesidad de mejorar las campañas de promoción para la LM, la formación de profesionales como los responsables de la salud y la política de apoyo a las diferentes medidas. Convirtiendo la protección de la LM en una inversión en salud tanto de la madre como del bebé²¹.

Una de las variables que nos muestra Vilar de Araújo et al (Tabla 6), en su estudio es el número de consultas prenatales, la cual indica una asociación positiva con la LM. Sin embargo, los resultados de este estudio no revelaron ninguna influencia sobre la duración de la LME, aunque hubo un aumento significativo de ésta en el número de las madres que asistieron a más de diez consultas, y una reducción en el número de personas que asistieron a menos de cinco consultas prenatales³⁷.

A pesar de que la mayoría de las madres informaron haber asistido a clases prenatales, el 23,3% manifestaron no haber recibido información sobre la LM durante ese período. La información dada por los profesionales de la salud durante las clases prenatales es muy importante para el éxito de la LME, siendo éstas mucho más efectivas si dicha información se asocia de una forma continua desde el periodo perinatal hasta el periodo posnatal, y además se realizan conjuntamente con otras personas involucradas en el día a día de la madre. A pesar de ello, según el estudio de Teixeira et al (Tabla 6), los profesionales de la salud tenían dificultades de orientación y estos factores afectan directamente a las tasas observadas de destete. Ya que los datos sugieren que existe una asimetría entre el conocimiento de las madres sobre la duración óptima de la LM y la edad de destete²².

El estudio realizado por Núñez et al (Tabla 6), nos muestra que existe un mayor porcentaje de madres que ofrecen LMN habiendo asistido a EM (88,3%) frente a aquellas que no asistieron (82%). De las mujeres que sí asistieron a la EM, se observa diferencia estadísticamente significativa respecto a su asistencia en función de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de pertenencia; es decir, se observan diferencias significativas entre las madres de la UGC de Pozoblanco, Villanueva de

Córdoba e Hinojosa del Duque, respecto a la asistencia de las madres de la UGC "Guadiato", que tan sólo asistieron en un porcentaje del 25%. El 100% de las mujeres que acudieron a EM fueron informadas de los beneficios de la LM y el 94,6% de ellas se muestran satisfechas con la formación recibida, otorgando una calificación media de 4,41 (en una escala de 1 a 5). A la pregunta del grado de utilidad que supuso la EM para el parto y el cuidado del bebé, el 94% declara que le ha sido útil; y tan sólo el 5,9% se muestran indiferentes²⁷.

Tabla 6. Conocimientos deficientes y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 1	Quezada, C.; Delgado, A.; Arroyo, L.; Díaz, MA. et al./ 2008	Méjico	70 adolescentes	Estudio de cohortes longitudinal analítico	Llegaron a la conclusión de que no asistir al curso prenatal pudo haber influido en la conducta de abandono.
Texto 2	Camargo, FA.; Latorre, JF.; Porras, JA. / 2011	Colombia	206 mujeres adultas	Estudio de cohortes	Los conocimientos deficientes de la madre acerca de la LM fue la asociación más fuerte encontrada. En ellas hubo una velocidad de abandono mayor de la LME que en las madres con buenos conocimientos.
Texto 4	Martínez, JM.; Delgado, M. / 2013	España	520 primíparas	Estudio multicéntrico observacional	En el grupo de madres que acudieron a la EM, el 70.66% iniciaron la LM de forma precoz.
Texto 9	Ruiz, P.; Martínez, JM. / 2014	España	49 mujeres	Estudio observacional, descriptivo transversal	La gran mayoría de los RN del estudio había abandonado la LME antes de los 4 meses, solo acudieron al programa de EM el 53.06% de las madres.
Texto 13	Rodicio, MM.; Abadi, A.; Silveira, M.; Rodríguez, MJ.; Andrés, A.; Vázquez, M. / 2002	España	1170 bebés	Estudio prospectivo	En un 45.2% de los casos, la fundamental causa de abandono de la LM fue “el fallo en la técnica de amamantamiento”.
Texto 16	Garbarino, F.; Morniroli, D.; Ghirardi, B.; Garavaglia, E.; Bracco, B.; Gianni, ML. et al / 2013	Italia	100 mujeres	Estudio observacional prospectivo	La asistencia a cursos preparto y una experiencia positiva en embarazos anteriores, son factores significativamente asociados con una mayor duración de la LM.
Texto 18	Sandes, AR.; Nascimento, C.; Figueira, J.; Gouveia, R.; Valente, S.; Martins, S. et al / 2007	Portugal	475 mujeres	Estudio longitudinal prospectivo	El 17.5% de las madres desconocía las ventajas que poseía la LM para el bebé.

Fuente: Elaboración propia.

Continuación - Tabla 6. Conocimientos deficientes y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 20	Vilar de Araújo, VL.; Leite, A.; Lopes, A.; Marques, R.; Freitas, E.; Tristão, RM. / 2012	Brasil	2.173 pacientes	Estudio retrospectivo transversal	Se produjo una reducción de la LME en el número de personas que asistieron a menos de 5 consultas prenatales.
Texto 23	Teixeira, NK.; Palhano, M.; Arruda, M.; Cavalcanti, SB.; da Silva, R.; Albernaz, F / 2011	Brasil	176 bebés	Estudio descriptivo transversal	A pesar de que la mayoría de las madres informaron haber asistido a clases prenatales, el 23,3% manifestaron no haber recibido información sobre la LM.
Texto 33	Núñez, RA.; Medina, D.; Herrera, Á.; Murillo, A.; Ojeda, R. / 2010	España	135 mujeres	Estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo	Existe un mayor porcentaje de mujeres que ofrecen LMN habiendo asistido a EM (88,3%) frente a aquellas que no asistieron (82%).

Fuente: Elaboración propia.

➤ FACTORES OBSTÉTRICOS

Podemos incluir dentro de este apartado todo lo que se refiere a cualquier alteración en el parto, o del RN; tipo de parto y vía de nacimiento (natural, cesárea), si el RN es prematuro o tiene un bajo peso al nacer, para relacionarlo con la variable dependiente.

En cuanto al estudio de Martínez Galiano (Tabla 7), nos cuenta como en mujeres cuyo parto había sido inducido, el abandono de la LM fue significativamente mayor⁴.

En el estudio realizado por Cárdenas et al (Tabla 7), se determinó que dentro del grupo de madres que abandonaron la LME hubo un predominio del grupo de multíparas con un 73.3% y un 26.7% en el de primíparas; mientras que en el grupo que dieron LME el grupo de multíparas fue de 63.3% y el de primíparas de 36.7%; por lo que no se estableció una asociación significativa entre el abandono de la LME y la paridad (nº de hijas/os)².

Estévez et al (Tabla 7), nos habla en su estudio de la variable “parto por cesárea” y la LM en distintos periodos de tiempo. Así, con la práctica de una “cesárea” realizada, el 62.8% de mujeres dieron LM y el 82.1% no dieron LM, siendo esto al alta hospitalaria. En cuanto a los 15 días de vida del RN, el 57.7% de mujeres seguían dando LM y el 70.2% habían abandonado la LM a esa edad. Para los 3 meses de vida, el 21.1% de los casos seguían con la LM y el 44.9% no daba LM; y en

cuanto a los 6 meses de vida, las cifras fueron del 8% que continuaban con ella y el 23.2% que la habían abandonado³¹.

En su estudio, Vilar de Araújo et al (Tabla 7), comenta como la paridad materna se asoció con la duración de la LME, siendo el destete precoz más común entre las mujeres primíparas. Por lo que cuanto mayor es el número de embarazos, mayor es la experiencia de la madre y, en consecuencia, mayor es la duración de la LM para los sucesivos bebés³⁷.

En el estudio de Rodrigues et al (Tabla 7) nos habla de la edad del bebé como variable independiente; mientras más peso tiene al nacer se asocia con la protección de la LME. En relación a la prematuridad, es reconocido en dicho estudio como un factor que hace que la continuación de la lactancia sea menos probable⁴³.

El estudio realizado por Núñez et al (Tabla 7) nos muestra que en relación al tipo de parto, la prevalencia de LMN en parto normal fue de 89.3%, siendo ésta superior a la que se observó en parto por cesárea que fue del 75,6%²⁷.

Tabla 7. Factores obstétricos y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 3	Martínez Galiano, JM. / 2010	España	52 mujeres adultas	Estudio observacional descriptivo y analítico	El abandono de la LM fue significativamente mayor en mujeres que habían tenido un parto inducido.
Texto 5	Cárdenas, MH.; Montes, E.; Varon, M., Arenas, N.; Reina, R. /2010	Venezuela	106 mujeres	Diseño cuantitativo de tipo correlacional de corte transversal	No se estableció asociación significativa entre el abandono de la LME y la paridad (nº de hijas/os).
Texto 11	Estévez, MD.; Martell, D.; Medina, R.; García, E.; Saavedra, P. / 2002	España	545 mujeres	Estudio prospectivo	En la práctica de una “cesárea” el 57.7% daban LM, mientras que el 70.2% de los casos, la habían abandonado a los 15 días.
Texto 20	Vilar de Araújo, VL.; Leite, A.; Lopes, A.; Marques, R.; Freitas, E.; Tristão, RM. / 2012	Brasil	2.173 pacientes	Estudio retrospectivo transversal	El destete precoz se asoció con las mujeres primíparas.
Texto 21	Rodrigues, C.; dos Santos, L.; Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana / 2012	Brasil	275 mujeres	Estudio transversal observacional	El bajo peso del RN se asocia al abandono de la LME.

Fuente: Elaboración propia.

Continuación - Tabla 7. Factores obstétricos y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 33	Núñez, RA.; Medina, D.; Herrera, Á.; Murillo, A.; Ojeda, R. / 2010	España	135 mujeres	Estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo	La prevalencia de LMN en parto normal fue de 89.3%, siendo ésta superior a la que se observó en parto por cesárea que fue del 75,6%.

Fuente: Elaboración propia.

➤ DEMORA EN LA INSTAURACIÓN DE LA LM

Varios artículos nos hablan de como la demora en la instauración de la LM hace que ésta acabe fracasando y aconsejan que dicha puesta se haga antes de la dos horas tras el parto.

La puesta precoz al pecho en el paritorio se produjo en un 68% y fue eficaz en un 58% de los casos. A los cuatro meses de edad del bebé, el 34.6% de las madres continuó con la LME frente al 65.4% que abandonó dicha lactancia, según expone Martínez Galiano (Tabla 8) en su estudio. Según otro estudio realizado también por Martínez Galiano junto a Delgado Rodríguez, nos comentan que el 75.53% de las mujeres iniciaron de forma precoz la LM antes de la primera hora de vida del RN^{4,13}.

Navarro-Gil nos cuenta en su estudio (Tabla 8), que 77% de las mujeres iniciaron la lactancia en las primeras horas del nacimiento, pero solo continuaron con LME el 55.4% de la madres, al alta hospitalaria. Posteriormente, se les realizó una encuesta donde los resultados obtenidos fueron del 73.7% de las madres que aún seguían con la LME a los dos meses de vida del RN¹⁷.

Estévez et al (Tabla 8), nos habla en su estudio sobre el tiempo menor de horas transcurrido desde el parto hasta la primera puesta al pecho y la LM en distintos periodos de tiempo. Al alta hospitalaria; el 89.7% de las madres dieron LM en un tiempo inferior a 2 horas hasta la primera toma, y el 71.4% no dieron LM antes de las 2 horas. A los 15 días el 76.7% de los casos continuaban con la LM y el 62.8% no continuaban con ella. En cuanto a los 3 meses el 51.2% de los casos continuaban con la LM y el 30.1% no continuaban. Y a los 6 meses de edad del RN el 26.1% continuaban con la LM y 13.9% la habían abandonado³¹.

Tabla 8. Demora en la instauración de la LM y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 3	Martínez Galiano, JM. / 2010	España	52 mujeres adultas	Estudio observacional descriptivo y analítico	La puesta precoz al pecho en el paritorio se produjo en un 68% y fue eficaz en un 58% de los casos.
Texto 4	Martínez, JM.; Delgado, M. / 2013	España	520 primíparas	Estudio multicéntrico observacional	El 75.53% de las madres iniciaron de forma precoz la LM antes de la primera hora de vida del RN.
Texto 10	Navarro-Gil, C. / 2013	España	19 mujeres puérperas	Estudio observacional, descriptivo prospectivo	El 23% de las mujeres no iniciaron la lactancia en las primeras horas del nacimiento.
Texto 11	Estévez, MD.; Martell, D.; Medina, R.; García, E.; Saavedra, P. / 2002	España	545 mujeres	Estudio prospectivo	En las madres que habían dado el pecho “antes de las 2 horas tras el parto”, el 76.7% de ellas continuaban con la LM, a los 15 días después del parto y el 62.8% de los casos la habían abandonado.

Fuente: Elaboración propia.

➤ FALTA DE APOYO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO/PRIMARIO

En esta variable vamos a incluir todo lo referente a la falta de apoyo institucional tanto en el ámbito hospitalario, en lo que se refiere al postparto inmediato, como en atención primaria cuando la madre y su bebé se encuentran en su domicilio. También incluiremos la prescripción facultativa del abandono de la LM aconsejando un aporte suplementario antes de los seis meses del RN, y el haber tenido un parto asistido o no en un “Hospital Amigo de los Niños”.

En el artículo que nos muestra Leite et al (Tabla 9), podemos ver como el 14.1% de las madres mencionó al médico como el principal impulsor para la introducción de otros alimentos distintos de la leche, y el 22.8% dijo ser éste quien recomendó la leche de vaca. En el estudio de Olang et al el 54% de las madres ofrecen como excusa ante la interrupción de la LME, la recomendación de los médicos, siendo esta la primera causa de abandono en dicho estudio^{11,14}.

Navarro-Gil en su estudio (Tabla 9), refiere que fue el personal sanitario quien decidió dar lactancia mixta en el 66.7% de los casos¹⁷.

Según el estudio de Sacristán et al (Tabla 9), las prácticas hospitalarias erróneas se encuentran entre uno de los factores desfavorables que influyen tanto en el inicio como en el mantenimiento de la LM. El abandono de la LMN fue progresivo mes a mes llegando al sexto mes solo el 36.5% de los bebés que la habían iniciado. Como conclusión final, obtuvieron que los índices de LME, además de lo referente a su mantenimiento hasta los 6 meses de vida, siguen estando bastante alejados de los estándares propuestos a nivel mundial. Por lo que sus autores proponen como algo imprescindible poseer una mayor implicación, tanto del personal sanitario como de la sociedad en general, para el fomento de la LMN¹⁹.

Bejarano et al (Tabla 9), nos cuenta en su artículo que la causa más frecuente de abandono de la LME encontrada en el estudio, fue la variable "por indicación médica". Las indicaciones médicas establecidas en la literatura para la suspensión del amamantamiento se pueden resumir en infecciones de la madre, administración de ciertos medicamentos a la madre y algunas condiciones clínicas del bebé. En la encuesta se indagó específicamente por estas tres situaciones, las cuales no estuvieron presentes en la población analizada. Llama entonces la atención dicho motivo de abandono, por esto surge la duda de los autores, si dicha prescripción de suspender la LME estuvo debidamente justificada. Por lo que aconsejan indagar más sobre este aspecto en estudios posteriores²³.

El estudio realizado por Núñez et al (Tabla 9), nos muestra que durante la estancia de las mujeres en el Hospital, tras el postparto el 89,1% de ellas plantea que fueron informadas de los beneficios de la LM por parte de los profesionales del centro, aunque el porcentaje de las que realmente ofrecieron LM a sus bebés desciende al 84,8%; siendo la media de tiempo de LM de 3,8 meses. El 15,2% restante de las mujeres no ofrecieron LM a sus bebés. Respecto a las restricciones de LM en el Hospital, el 6,4% indicaron que durante su ingreso en el Hospital tuvieron restricciones para ofrecer dicha lactancia, principalmente porque sus bebés fueron ingresados en la unidad de Neonatología y allí se seguía un estricto horario de tomas. El Programa de EM y la Educación Sanitaria en el Hospital resultan cruciales para conseguir una LM eficaz, cubriendo las expectativas informativas de las madres. En el Hospital, el grado en que esta necesidad de aprendizaje se cubre es sensiblemente inferior con respecto al ámbito de Atención Primaria. Según los autores, existen diferencias significativas en la asistencia a EM según la UGC a la que se pertenece dentro del Área Sanitaria del Norte de Córdoba²⁷.

Tabla 9. Falta de apoyo en el ámbito hospitalario/atención primaria y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 6	Leite, MA.; Garcia de Lima, CM.; Plácido, M. / 2007	Brasil	380 mujeres	Estudio transversal	El 14.1% de las madres mencionó al médico como el principal impulsor para la introducción de otros alimentos distintos de la leche, y el 22.8% dijo ser éste quien recomendó la leche de vaca.
Texto 8	Olang, B.; Heidarzadeh, A.; Strandvik, B.; Yngve, A. / 2012	Irán	63.071 mujeres	Estudio retrospectivo	Primera causa de abandono la recomendación de los médicos en el 54% de las madres.
Texto 10	Navarro-Gil, C. / 2013	España	19 mujeres puérperas	Estudio observacional, descriptivo prospectivo	En el 66.7% de los casos fue el personal sanitario el que decidió dar lactancia mixta.
Texto 15	Sacristán, AM.; Lozano, JE.; Gil, M.; Vega, AT. / 2011	España	804 bebés	Estudio descriptivo observacional	Las prácticas hospitalarias erróneas se encuentran entre uno de los factores desfavorables que influyen tanto en el inicio como en el mantenimiento de la LM.
Texto 24	Bejarano, RM.; Fuentes, M.; Castellanos, O.; Nieto, JM.; Vargas, L. / 2011	Colombia	372 mujeres	Estudio de cohorte prospectivo	La causa más frecuente de abandono de la LME fue la variable "por indicación médica".
Texto 33	Núñez, RA.; Medina, D.; Herrera, Á.; Murillo, A.; Ojeda, R. / 2010	España	135 mujeres	Estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo	El 6,4% tuvieron restricciones durante su ingreso en el Hospital para ofrecer LM, principalmente porque sus bebés fueron ingresados en la unidad de Neonatología.

Fuente: Elaboración propia.

➤ FALTA DE APOYO FAMILIAR Y/O SOCIAL

En este apartado veremos la falta de apoyo familiar, social y la influencia que tiene éste sobre el fracaso de la LM.

El estudio de Cárdenas et al (Tabla10), nos muestra cómo se determinó que en el grupo de madres que abandonaron la LME predominó el grupo con procedencia urbana con un 70%, siendo del 30% las procedentes del medio rural; sin embargo, en lo que se refiere al grupo que sí aportó LME se distribuyó al 50% tanto para madres de procedencia urbana como rural. Por lo que en lo que se refiere a esta cuestión no se estableció una asociación significativa entre el abandono de la LME y la procedencia geográfica de las madres. Aunque si se llegó a demostrar que las madres del

área urbana amamantan menos que las del área rural, pudiéndose deber esto a que el factor social influye en el deterioro de la LME debido a modificaciones en la estructura social, sobre todo a nivel familiar².

Ruiz et al (Tabla 10), nos habla en su estudio de una posible causa de abandono de la LME el hecho de ser madre soltera, ya que a esta figura se le atribuye una inestabilidad emocional y una falta de apoyo instrumental necesario durante este periodo, y más aún si además la madre es adolescente^{16,59}.

Cabezuelo et al (Tabla 10), nos cuenta en su estudio como la duración de la LM muestra una asociación positiva con la intención prenatal de la madre de lactar, con su confianza en la LM y con el apoyo familiar⁶⁰.

Según el estudio de Sacristán et al (Tabla 10), uno de los motivos que alega la madre en cuanto a la decisión de dar lactancia artificial o abandono de la LME en un 17.3% de los casos, fue por el entorno materno. Hay que considerar que la madre se muestra sensible a las presiones del entorno y si en éste no se encuentra establecida claramente la cultura de la LMN, las madres pueden abandonarla demasiado pronto¹⁹.

Tabla 10. Falta de apoyo familiar y/o social y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 5	Cárdenas, MH.; Montes, E.; Varon, M., Arenas, N.; Reina, R. /2010	Venezuela	106 mujeres	Diseño cuantitativo de tipo correlacional de corte transversal	Las madres del área urbana amamantan menos que las del área rural, pudiéndose deber a que el factor social influye en el deterioro de la LME.
Texto 9	Ruiz, P.; Martínez, JM. / 2014	España	49 mujeres	Estudio observacional, descriptivo transversal	Posible causa de abandono de la LME, ser madre soltera a la que se le atribuye una inestabilidad emocional.
Texto 14	Cabezuelo, G.; Vidal, S.; Abeledo, A.; Frontera, P. / 2006	España	160 mujeres	Estudio observacional, descriptivo transversal	La duración de la LM muestra una asociación positiva con la intención prenatal de la madre de lactar, con su confianza en la LM y con el apoyo familiar.
Texto 15	Sacristán, AM.; Lozano, JE.; Gil, M.; Vega, AT. / 2011	España	804 bebés	Estudio descriptivo observacional	Uno de los motivos que alega la madre en cuanto al abandono de la LME fue el entorno materno, en un 17.3% de los casos.

Fuente: Elaboración propia.

➤ NIVEL ALTO DE ANSIEDAD/ INSEGURIDAD

En este apartado veremos el nivel alto de ansiedad, inseguridad y falta de confianza en sí misma que posee la madre ante la nueva situación y la influencia que posee esta situación sobre el fracaso de la LM.

En el artículo de Cabezuelo et al (Tabla 11), podemos ver como el abandono de la LM antes de las 8 semanas se encuentra asociado con la falta de confianza en sí misma de la madre. El temor de no alimentar bien al RN es la mayor fuente de abandono de la LM. Como conclusión en dicho estudio, nos aportan que la madre necesita más y mejor apoyo del personal sanitario⁶⁰.

Tabla 11. Nivel alto de ansiedad/ inseguridad y el fracaso de la LME.

Nº Texto	Autor/año	País	Muestra (N, grupo de mujeres)	Tipo de diseño	Principales Resultados/Conclusiones
Texto 14	Cabezuelo, G.; Vidal, S.; Abeledo, A.; Frontera, P. / 2006	España	160 mujeres	Estudio observacional, descriptivo transversal	El abandono de la LM antes de las 8 semanas se asocia con la falta de confianza.

Fuente: Elaboración propia.

7. CONCLUSIONES

En la revisión hemos encontrado una cantidad de estudios bastante relevantes que hacen referencia a la *hipogalactia* como la principal variable de abandono de la LME. En muchos de los estudios la madre refiere que “el bebé se queda con hambre” o que “no tiene suficiente leche para alimentarlo”, etc. En la mayoría de estos estudios toman esa variable como una opción normal al destete ya que desde muchos años atrás se posee una creencia culturalmente distinta a la del momento, aunque sigue persistiendo en la actualidad. Si una mujer no podía dar el pecho a su bebé por cualquier razón, el primer problema en que se pensaba era que no producía suficiente leche o que no tenía buenos pechos/leche para la LM. En muchos estudios hemos encontrado que existe diversión de opiniones, desde las personas que siguen pensando que la hipogalactia es una razón de peso para el destete, hasta las que opinan que la hipogalactia en sí se da en muy pocos casos, y que en la mayoría de esos casos son por circunstancias colaterales las cuales acaban enmascarándose con este problema. Algunos autores comentan que este problema es algo muy subjetivo; y que cuando la madre aporta este tipo de excusa al destetar a su bebé, hay que ver si en realidad está teniendo este problema, está necesitando ayuda o simplemente no quiere seguir con la LM. A pesar de ser un

momento muy emocionante para la mujer, no hay que olvidar que ésta se halla destrozada físicamente. Se encuentra con una nueva vida y circunstancias difíciles de asimilar en tan poco tiempo. Sobre todo, tiene que tratar de aparentar felicidad ante todo el mundo que le rodea aunque no posea mucho ánimo; y por si fuera poco, si es primípara tiene que aprender muchísimas cosas nuevas por las que siente pavor. Este factor que tanto se repite en la mayoría de los estudios seleccionados nos lleva a pensar si verdaderamente se están haciendo bien las cosas y si se está ofreciendo un buen apoyo a tantas mujeres que se encuentran en este tipo de situación y no tienen ayuda, ni buena información. Los resultados hallados nos muestran la falta de aportaciones teóricas y la realización de nuevos estudios que aporten claridad sobre este aspecto. Además de una mejora, en cuanto a la atención hospitalaria y primaria aportando más información; tanto a la ciudadanía, como al profesional de salud.

Los *factores demográficos*, aparecen en la gran mayoría de los estudios. La principal causa de la que se habla es la vuelta al trabajo por parte de la mujer, ya que en la mayoría de los casos, las mujeres, no disfrutan de baja maternal o ésta es de muy poco tiempo. Es un estrés añadido para la madre el querer dar el pecho a su bebé y no poder porque tiene que regresar a su lugar de trabajo, donde no le aportan muchas facilidades para continuar con esta práctica. Por lo que la LME acaba fracasando; puesto que hay menos estimulación del pecho, y como consecuencia, menor secreción láctea. Según las recomendaciones de la OMS, el periodo mínimo establecido para dar LME al bebé, es de seis meses; lo que no concuerda con las bajas maternales que se aplican en la actualidad, las cuales están siendo de cuatro meses. Esto es en el mejor de los casos; ya que en la mayoría de estudios encontramos que la baja maternal es inferior o simplemente no existe. Por lo que una buena solución sería ampliar el plazo de baja maternal; estableciéndolo hasta un mínimo de seis meses. Aunque seguramente, solo llegaría a un mínimo porcentaje mundial; ya que en muchos países menos desarrollados e incluso el nuestro propio, seguirían existiendo un gran porcentaje de mujeres que no disfrutarían de ese derecho. El trabajo, como factor precursor del abandono de la LME, se expone en doce de los trece estudios que hablan sobre este aspecto. El estudio que está a la contra de estos resultados es el de Estévez et al (Tabla3), que interpreta que trabajar fuera del hogar es un factor facilitador de la LM hasta los 3 meses, por una posible mayor amplitud de miras de las mujeres que trabajan fuera del hogar. Pues dice; que ello, favorece que haya un mayor número de contactos y relaciones en la mujer, las cuales pueden ser positivas para la LM. Pero en definitiva, abundan los artículos que hablan del destete precoz como consecuencia de una pronta incorporación de la mujer al mundo laboral; coincidiendo en la mayoría de los casos con una insuficiente baja laboral o incluso ninguna. Debido principalmente a la ausencia de derechos laborales y medidas de protección para la mujer.

El tener una cantidad baja de ingresos lo podemos equiparar al resultado principal de la variable mencionada anteriormente: el trabajo. En este sentido también existe diversidad de opiniones. La principal y más encontrada en los artículos, dice que cuanto más bajos son los ingresos que se posean, mayor es el abandono de la LME. En cambio, otros autores comentan que la LM es más valorada por las mujeres que obtienen mayores ingresos y un nivel de educación mayor. Pero que esto, conlleva a tener un nivel socioeconómico más alto y a la vez poseer un trabajo, revelando un riesgo potencial para la interrupción de la LME, nos lo hace ver Camilo et al³⁶ (Tabla 3) en su estudio. La identificación de este grupo es de gran utilidad para los profesionales de la promoción de la LM, ya que son considerados de riesgo para la interrupción de la LME. Esto permite la planificación de estrategias específicas destinadas a mantener la LME hasta el sexto mes de vida del niño, a través del apoyo individualizado tanto para la madre como para el bebé.

En cuanto a las variables: nivel de estudios y edad, la mayoría de los estudios ofrecen que un nivel de estudio bajo en la madre y una edad baja, actúa como precursor del abandono de la LME, repercutiendo en un aumento de ésta si fuese al contrario dichas variables. Por otro lado, hay autores que demuestran lo contrario en sus artículos; puesto que Vilar de Araújo et al³⁷ (Tabla 3), nos habla en su estudio que la edad materna no era un factor de riesgo para el abandono prematuro, ya que no encontraron diferencias significativas entre madres menores de 20 años y el resto de la muestra. Y Cárdenas et al² (Tabla3), establece que las madres adultas tienden a abandonar con más frecuencia la LME, pudiendo ser debido esto a que las mujeres de mayor edad tardan más tiempo en alcanzar la producción completa de leche. Por otro lado, con el estudio de González et al (Tabla 3), podemos destacar que la escolaridad materna con enseñanza secundaria y el nivel preuniversitario, fueron los grupos que más lactaron. Siendo esto contradictorio a lo anteriormente mencionado y descrito por otros autores; los cuales aportan, que la LM es más duradera en mujeres con nivel universitario, ya que dicen estar relacionado con una mejor información de las ventajas de este tipo de alimentación.

En lo referente a las demás variables encontradas, como: el estado civil y el lugar de residencia. En la gran mayoría de los casos se habla de una mayor posibilidad de abandono de la LME en aquellas mujeres que no poseen marido o pareja en la que poder apoyarse. En cuanto al lugar de residencia, según Camargo et al³⁰ (Tabla 3), ocurre un descenso mayor de la LM en madres que vivían en barrios de estrato socioeconómico bajo. Encontrándose que las madres que residían en este tipo de barrios, tenían una velocidad mayor de abandono de la LME, comparando con aquellas que residían en barrios con mejor estrato socioeconómico.

La variable independiente referente a *las prácticas de cuidado* en el que hemos incluido la utilización del *chupete* y el uso del *biberón*, encontramos que hay muchos más artículos que hacen referencia al chupete, que al biberón. Concretamente hemos encontrado ocho estudios que encuentran asociación estadística entre este producto y el fracaso de la LME. En los restantes, solo se mencionaba levemente como factor de confusión para el bebé. Aunque concretamente, Camilo et al (Tabla 4), hace mención en su estudio a la AAP, que recomienda su uso como método preventivo del SMSL⁵³; y a Mitchell et al, que afirma que dicho uso no debe ser desalentado y hace hincapié en su importancia como prevención del riesgo de SMSL⁵⁴. Otro autor referenciado por Rodrigues et al (Tabla 4) en su estudio, afirma que la introducción del chupete después de dos semanas de LME no interfirió en la duración de ésta. Éste, lo desaconseja al principio aunque pudiéndolo ofrecer después de la instauración de la LM; y Jenik et al, aporta que de este modo no cambia la prevalencia o duración de la LME⁵⁵.

En cuanto al uso del biberón, encontramos dos artículos solamente que hagan referencia a este uso, y ambos afirman que dicho factor se relacionó con el fracaso de la LME. Sorprende que se hayan encontrado tan pocos estudios sobre este factor. Ya que, el ofrecer a la madre un biberón hasta que le llegue la leche, suele ser una práctica habitual en muchos hospitales; pudiendo entorpecer gravemente con ello, en la correcta instauración de la LM.

En la variable *problemas maternos* encontramos pocos estudios que hagan referencia a ello. Los problemas principales que hemos encontrado son los relacionados con la mama, como: grietas, mastitis, traumas/dolor en pezones y regurgitación mamaria, que hacen que fracase la LME. Dichas variables son estudiadas en tres artículos que mencionan este tipo de factores. Un solo artículo, realizado por Quezada et al (Tabla 6), habla sobre la enfermedad por reflujo del RN como una de las causas de abandono de la LME¹².

En cuanto a los *conocimientos deficientes*, encontramos que la mayoría de los autores nos hablan en sus estudios de la asociación existente entre la asistencia a los cursos de EM y una mayor duración de la LME; siendo ésta significativamente mayor en mujeres que están mejor informadas acerca de las ventajas de este tipo de alimentación. Otros autores, como Rodicio et al³² (Tabla 7), menciona como primera causa de abandono el “fallo en la técnica de amamantamiento”. Y Camargo et al³⁰ (Tabla 7), comenta como la asociación más fuerte encontrada en su estudio son “los conocimientos deficientes” acerca de la LME y el abandono de ésta. Sandes et al, aporta la necesidad de mejorar las campañas de promoción para la LM, la formación de profesionales como

los responsables de la salud y la política de apoyo a las diferentes medidas. Convirtiendo la protección de la LM en una inversión en salud tanto de la madre como del bebé²¹.

En la variable *factores obstétricos*, encontramos artículos los cuales incluyen principalmente: el bajo peso del RN, ser mujer primípara, haber sido el parto por cesárea o inducido; donde sus autores nos hablan de una asociación entre dichos factores y el fracaso de la LME.

En cuanto a la *demora en la instauración de la LM*, los autores nos hablan de la importancia de la iniciación de la LM lo antes posible durante las dos horas tras el parto, y coinciden que cuanto mayor es el tiempo de la instauración de la LM mayor es la prevalencia de fracaso de ésta. Y en lo referente al *ámbito hospitalario/atención primaria*, sorprende que la mayoría de los estudios hablen de la prescripción profesional como principal causa del abandono de la LME.

Los factores relacionados con la falta de apoyo familiar/social y el nivel alto de ansiedad/inseguridad que posee la mujer en el postparto, son factores demasiado importantes; los cuales pueden hacer peligrar en gran medida la instauración de la LME y/o hacer que fracase de forma precoz. Lo que llama la atención enormemente es que se hayan encontrado un número tan reducido de artículos que hablen de estas variables tan importantes para la mujer. La mayor parte de los estudios hablan de la importancia que puede llegar a tener para una LME la inestabilidad emocional, la falta de apoyo instrumental, las presiones del entorno y una falta de cultura ante esta práctica. Tan solo un estudio nos habla en positivo de estas variables: Cabezuelo et al (Tabla 10), nos muestra que existe una asociación clara en cuanto a la duración de la LM; cuando la madre tiene confianza en la práctica, deseos lactar y posee apoyo familiar⁶⁰.

En relación a los resultados obtenidos podemos decir que en su gran mayoría la “hipogalactia”, los “factores sociodemográficos”, “la utilización del chupete” y los “conocimientos deficientes” son los factores que más se han repetido en nuestros artículos seleccionados. En cuanto a los “conocimientos deficientes”, consideramos que es un factor bastante relacionado con el del “ámbito hospitalario” y con el “nivel alto de ansiedad”, también estudiados en nuestra revisión. Esto es así, ya que si a la mujer desde este ámbito; se le aporta además de cuidados y apoyo, conocimientos suficientes, no llegará a sufrir o aparecerá en menor medida el factor “nivel alto de ansiedad/ inseguridad”. Todo parece como “la pescadilla que se muerde la cola”, pero está claro que todo guarda relación aunque se haya analizado por separado. Si la mujer posee bienestar y no se siente insegura en su hogar, puede que no aparezca la hipogalactia, siendo este en nuestro estudio el factor más relevante en cuanto al fracaso de la LME.

En cuanto a las limitaciones de nuestro estudio, debemos de tener en cuenta la falta de evidencia científica al ser una revisión narrativa el tipo de trabajo realizado. En lo referente a los resultados obtenidos de los distintos estudios seleccionados, quisiéramos comentar, que han existido ciertas dificultades para poder comparar los factores de riesgo y las causas del fracaso de la LM de dichos estudios. Debido esto, a la elección de un tema demasiado amplio en cuanto a la multitud de factores existentes y a que en cada uno de ellos no se hablan de las mismas variables; encontrando que cada artículo expone variables distintas. En la mayoría, se habla de factores sociodemográficos, factores obstétricos/ alteraciones en el parto, hipogalactia, etc. pero en lo referente a la falta de apoyo familiar/ social, institucional o nivel de ansiedad de la madre, se habla demasiado poco; así como de otras muchas cuestiones que son demasiado importantes para el mantenimiento de la LME y a penas se mencionan en algunos de los estudios. Por esto último, se precisaría de una búsqueda mucho más extensa, incluyendo otras bases de datos, para así, poder encontrar quizás una mayor cantidad de artículos que estudiasen un número más amplio de los factores que nosotros hemos considerado deficientes.

Con los resultados obtenidos podemos verificar que aún hoy día sigue sin haber una buena cultura en cuanto a la LMN. La gran mayoría de nuestras madres no han dado de lactar en nuestros hogares; y por eso, todavía no hemos visto la técnica adecuada de amamantamiento, por lo que no termina de instaurarse en la actualidad. Hay bastante deficiencia en cuanto al conocimiento fundamental para una adecuada LM. Esta falta de información no solo las tienen madres y familiares, sino también, gran parte del personal sanitario que necesita de cursos de reciclaje; para así, aportar las nuevas teorías a este sector y a la sociedad en su conjunto. También, sería recomendable aconsejar a las madres que asistan a grupos de apoyo a la LMN; ya que es un buen recurso para que se sientan seguras y puedan compartir sus experiencias y dudas con mujeres que están en su misma situación.

Investigaciones futuras deberán incluir estudios más específicos sobre la hipogalactia para corroborar si dicho factor se encuentra enmascarando otro mucho más grave. A la vez que también sería necesaria la aportación de nuevos estudios en lo referente al tema de la ansiedad, inseguridad o falta de confianza de la mujer en el postparto. Sería algo imprescindible, ya que la mujer, se encuentra en una nueva situación la cual puede llegar a sobrepasarle, y más aún si no posee ningún tipo de apoyo instrumental. Además, también sería necesaria la elaboración de nuevas estrategias, medidas institucionales, programas de salud, etc.; más específicos en estos temas, en los que poder apoyarse los profesionales de salud para llevar a cabo una aportación y cobertura mucho más integral y exhaustiva.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Aguilar Cordero MJ. Lactancia Materna. Madrid. Elsevier España, S.A.: 2005, p 1-17.
- 2 Cárdenas, MH.; Montes, E.; Varón, E.; Arenas, N.; Reina, R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global*. 2010. 9(20). p1-10.
- 3 Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. Guía de Lactancia Materna para profesionales de la salud. La Rioja: Edita Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. 2010. p 8.
- 4 Martínez Galiano, JM. Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas Enfermería*. Jul. /ago. 2010; 13(6): p61-67.
- 5 Gasa, A.; Pié, N.; Martorell, MA. Principales factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. *Evidentia*. Ene/mar 2013; 10(41).
- 6 Aguayo, J.; Arena, J.; Hernández, MT.; Landa, L.; Díaz, NM.; Lasarte, JJ. et al. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid; Ergon; 2004, p 59-62.
- 7 Achurra, X.; Alvear, J.; Atalah, E.; Becerra, C.; Castillo, C.; Castro, R et al. Manual de Lactancia Materna. En: Subsecretaría de Salud Pública-Departamento de Asesoría Jurídica. 2ª ed. Chile: Gobierno de Chile; 2010. p 127-132.
- 8 Gamboa EH. Genealogía histórica de la lactancia materna. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*. 2008(15):1.
- 9 Inatal.org, 10 Mitos sobre la lactancia materna [sede web]. Barcelona: Inatal.org; 2012- [actualizada el 4 de abril de 2015; acceso 29 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://inatal.org/el-parto/lactancia/66-lactancia-materna-por-que/395-10-mitos-sobre-lactancia-materna.html>.
- 10 Unicef.org, Mitos y realidades de la lactancia materna [sede web]. Ecuador: Unicef.org; 2012- [acceso 29 de marzo de 2015] Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf
- 11 Leite, MA.; Garcia de Lima, CM.; Plácido, M. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP. *Rev Lat-Am Enfermagem*; Ribeirão Preto. Jan. /fev. 2007. Vol.15 (1): p 62-69.
- 12 Quezada, C.; Delgado, A.; Arroyo, L.; Díaz, MA. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex*. Ene. /feb. 2008; 65(1):19-25.

-
- 13 Martínez, JM.; Delgado, M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Rev. Assoc. Med. Bras. [Online]. 2013. Vol.59, n.3, p. 254-257.
- 14 Olang, B.; Heidarzadeh, A.; Strandvik, B.; Yngve, A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. Int Breastfeed J. 2012; 7:7.
- 15 Delgado, A.; Arroyo, LM.; Díaz, MA.; Quezada, CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Ene. /feb. 2006. Vol. 63. p: 31-39.
- 16 Ruiz, P.; Martínez, JM. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. 2014. Vol. 8, N° 2.
- 17 Navarro, C. Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego. Medicina Naturista. 2013; Vol. 7. N° 2: 61-65.
- 18 Soto, M.; Pérez, N.; Rivilla, L.; Marañón, N.; Castillo, S.; Estepa, S. Prevalencia y características de la lactancia materna en el área de salud de Toledo. Semergen. 2003; 29(3): 121-4.
- 19 Sacristán, AM.; Lozano, JE.; Gil, M.; Vega, AT. Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13: 33-46.
- 20 Garbarino, F.; Morniroli, D.; Ghirardi, B.; Garavaglia, E.; Bracco, B.; Giannì, ML. et al. Prevalenza e durata dell'allattamento al seno nei primi sei mesi di vita e fattori che influenzano una precoce sospensione. Italia. Ped. Med. Chir. (Med. Surg. Ped.). 2013. 35: 217-222.
- 21 Sandes, AR.; Nascimento, C.; Figueira, J.; Gouveia, R.; Valente, S.; Martins, S. et al. Aleitamento Materno: Prevalência e Factores Condicionantes. Acta Med Port. 2007; 20: 193-200.
- 22 Teixeira, NK.; Palhano, M.; Arruda, M.; Cavalcanti, SB.; da Silva, R.; Albernaz, F. Aspectos implicados en la interrupción de la lactancia materna exclusiva. Com. Ciências Saúde. 2011; 22(4): 231-238.
- 23 Bejarano, RM.; Fuentes, M.; Castellanos, O.; Nieto, JM.; Vargas, L. Factores condicionantes de la lactancia en RN sanos del Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR). Rev.fac.med. Jul. /dic. 2011. Vol. 19 N°2.
- 24 Broche, RC.; Sánchez, OL.; Rodríguez, D.; Pérez, LE. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. Rev Cubana Med Gen Integr. Abr. /jun. 2011. vol.27 n°2.
- 25 Navarro, M.; Duque, MX.; Trejo, JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud pública Méx. Cuernavaca. Jul. /ago. 2003. vol. 45 n°4.

-
- 26 González, I.; Pileta, B. Lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer. Ene. /mar. 2002. v.18 n°1.*
- 27 Núñez, RA.; Medina, D.; Herrera, Á.; Murillo, A.; Ojeda, R. Hábitos de lactancia natural en el Área Sanitaria Norte de Córdoba. *Evidentia. 2010 Ene. /mar; 7(29).*
- 28 Niño, R.; Silva, G.; Atalah, E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr. 2012; 83 (2): 161-169.*
- 29 Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002; 31:12-32.*
- 30 Camargo, FA.; Latorre, JF.; Porras, JA. Factores asociados al abandono de la Lactancia Materna Exclusiva. *Ene. /jun 2011. Vol. 16 n°1: 56-72.*
- 31 Estévez, MD.; Martell, B.; Medina, R.; García, E.; Saavedra, P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales Españoles de Pediatría. 2002; 56: 144-150.*
- 32 Rodicio, MM.; Abadi, A.; Silveira, M.; Rodríguez, MJ.; Andrés, A.; Vázquez, M. Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. *Acta Pediatr Esp. 2007; 65(1): 6-11.*
- 33 Pacífico de Queiroz, L.; Lemos, A.; Steffen, VO.; Costa, RM. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(1): 28-33.*
- 34 World Health Organization's infant feeding recommendation. *Bulletin of World Health Organization. 1995; 73: 165-174.*
- 35 Pedroso, GC.; Puccini, RF.; Silva, EMK.; Silva, NN.; Alves, MCGP. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do sudeste do Brasil, Embu, SP. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2004; 4(1):45-58.*
- 36 Camilo, K.; Possobon, R.; Bovi, GM.; Costa, AL.; Bento, A. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciênc. saúde coletiva. Oct. 2011. vol.16 n°10.*
- 37 Vilar de Araújo, VL.; Leite, A.; Lopes, A.; Marques, R.; Freitas, E.; Tristão, RM. Lactancia materna exclusiva y factores asociados a su interrupción temprana: estudio comparativo entre 1999 y 2008. *Rev Paul Pediatr. 2012; 30(2):173-9.*
- 38 Bueno, MB.; Souza, JM.; de Souza, SB.; Paz, SM.; Gimeno, SG.; Siqueira, AA. Risks associated with the weaning process in children born in a university hospital: a prospective cohort in the first year of life, São Paulo, 1998-1999. *Cad Saude Publica 2003; 19: 1453-60.*
- 39 Espírito Santo, LC. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e influência do padrão de aleitamento materno no primeiro mês de vida na duração da amamentação [tese de doutorado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

-
- 40 Brunken, GS.; Silva, SM.; França, GV.; Escuder, MM.; Venâncio, SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. *J Pediatr*. 2006. 82: 445-51.
- 41 Escobar, AM.; Ogawa, AR.; Hiratsuka, M.; Kawashita, MY.; Teruya, PY.; Grisi S et al. Breast-feeding and socioeconomic cultural status: factors that lead to early weaning. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2002; 2: 253-61.
- 42 Venâncio, SI.; Escuder, MM.; Kitoko, P.; Rea, MF.; Monteiro, CA. Frequency and determinants of breastfeeding in the state of São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2002; 36: 313-8.
- 43 Rodrigues, C.; dos Santos, L.; Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Factores de riesgo asociados al destete en niños hasta seis meses de edad en el municipio de São Paulo. *Rev. paul. pediatr*. 2012. vol. 30 n^o.1.
- 44 Mascarenhas, ML.; Albernaz, E.; da Silva, M.; da Silveira, R. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva y sus determinantes en los primeros 3 meses de vida en el sur de Brasil. *J. Pediatr*. Jul. /Ago. 2006. vol.82 n^o.4.
- 45 Da Cruz, C.; Oliveira, G.; de Oliveira, T.; Cardeal, CM. Factores de riesgo de la madre y cuidado de la interrupción del parto precoz de la lactancia materna exclusiva: Estudio de Cohorte. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Ene. / jun. 2011. v.35, supl.1, p.167-178.
- 46 Winikoff, B.; Castle, M. The influence of maternal employment on infant feeding. En: Beverly Winikoff, Castle MA, Hight-Laukaran V, Ed. *Feeding infants in four societies: Causes and consequences of mothers' choices*. Westport (et): Greenwood Press, 1988: 121-145.
- 47 Díaz, JA.; Díaz, M.; Fernández, L.; Sarría, J. Educación prenatal y lactancia materna. *Mediciego Habana*. 2006. 12(1).
- 48 González, I.; Pileta, B. Lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer*. Ene. /mar. 2002. v.18 n^o1.
- 49 Medina, R.; Doncel, D.; Reyes, S.; Álvarez, J.; Morales, JM. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la adherencia prolongada. *Metas de Enfermería*. 2011; 14(8): 16-22.
- 50 Oliver, A.; Richart, M.; Cabrero, J.; Pérez, S.; Laguna, G.; Flores, JC.; Calatayud, MM.; García de León, R. Factors Associated To Breastfeeding Cessation Before 6 Months. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010. May. /June.; 18(3): 373-80.
- 51 Queluz, MC.; Bistafa, MJ.; dos Santos, CB.; Moraes, A.; Garcia, R. Prevalencia y factores determinantes de la lactancia materna exclusiva en la ciudad de Serrana, Sao Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3): 537-43.
- 52 Vianna, RPT.; Rea, MF.; Venancio, SI.; Escuder, MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10):2403-9.

-
- 53 American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005; 116(5):1245-1255.
- 54 Mitchell, EA.; Blair, PS.; L'Hoir, MP. Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 2006; 117(5): 1755-1758.
- 55 Jenik, AG.; Vain, NE.; Gorestein, AN.; Jacobi, NE. Pacifier and Breastfeeding Trial Group. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *J Pediatr*. 2009; 155: 350-4.
- 56 Demitto, MO.; Bercini, LO.; Rossi, RM. Uso del chupete y amamantamiento materno exclusivo. *Esc Anna Nery (impr.)*. Abr. / jun. 2013. 17 (2): 271-276.
- 57 Cotrim, LC.; Venancio, SI.; Escuder, MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Rev. bras. saúde matern. Infant*. 2002. Set. /dez; 2(3): 245-52.
- 58 Soares, MEM.; Giugliani, ERJ.; Braun, ML.; Salgado, ACN.; Oliveira, AP.; Aguiar, PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr*. 2003. Jul. /ago. 79(4): 309-16.
- 59 Prendes, MC.; Vivanco, M.; Gutiérrez, RM.; Guibert, W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1999; 15(4).
- 60 Cabezuelo, G.; Vidal, S.; Abeledo, A.; Frontera, P. Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna. *Revista Española de Pediatría*. 2006; 62(3): 212-218.