

Javier Baelo Armesto

Jordi Garcia Costa

**LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS
UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2017**

TRABAJO FIN DE GRADO
Dirigido por: Dr. Francesc Valls Fonayet

Grado de Enfermería



Universidad Rovira i Virgili

Tarragona

2019

Agradecimientos

A Francesc, nuestro tutor,
por hacernos de guía, por
sus consejos,
recomendaciones y toda la
ayuda aportada para la
realización de este trabajo.

A las familias y pareja por el
apoyo incondicional, por la
confianza, por la motivación,
por creer en nosotros y
ayudarnos a llegar hasta
donde hemos llegado.



Índice

1. Introducción	3
2. Marco teórico	5
2.1. Conceptualización y estado actual en nuestro país	5
2.2. Beneficios de la LM para bebés y niños	9
2.3. Beneficios de la LM para las madres	13
2.4. Contraindicaciones de la LM	14
2.5. Barreras para la LM.....	15
2.6. Estigma	22
2.7. Rol del profesional sanitario	24
3. Hipótesis y objetivos	26
4. Metodología	27
4.1 Proceso de selección bibliográfica.....	27
4.2 Proceso de obtención de datos	28
5. Resultados.....	30
5.1. Una visión global a la lactancia materna.....	30
5.2. Lactancia materna y estado de salud de los menores	33
5.3. Lactancia materna y perfil social de las madres	38
6. Discusión	42
7. Conclusiones	46
8. Referencias bibliográficas	47
9. Anexos.....	55
9.1. Cronograma	55
9.2. Gráficos de resultados.....	56



1. Introducción

El estudio de los beneficios de la lactancia materna (LM) respecto a la lactancia artificial (LA) o la lactancia mixta (LX) ha ido ganando interés en el ámbito de estudio de la salud. Son distintos los estudios que detallan las ventajas que la LM presenta sobre la salud del lactante. Por ejemplo, se ha constatado su efecto preventivo sobre infecciones y sobre una mejora del desarrollo cognitivo (Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, 2013), su efecto en la disminución de la mortalidad (NEOVITA Study Group, 2016), o también en la menor ganancia de IMC (Prentice et al., 2016). Otros estudios (Langer-Gould et al., 2017; Peters et al., 2017; Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, 2013) relacionan la LM con la salud de la madre, evaluando aspectos como la reducción del riesgo de cáncer de mama, la reducción del riesgo de esclerosis múltiple, o una reducción del riesgo cardiovascular.

En la práctica, pero, aun conociendo estos beneficios, es frecuente el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) antes de cumplir los 6 primeros meses de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS/ WHO) sólo el 40% de los bebés recibe LME, recomendando esta misma entidad la LME como única opción para propiciar una salud óptima en el bebé (OMS, 2017). Las tasas europeas no son especialmente altas comparadas con otros continentes (UNICEF, 1998, 2004, 2008, 2014). En España, según datos de las Encuestas Nacionales de Salud (2017), el porcentaje de LM disminuye considerablemente a los 3 y 6 meses, aumentando a su vez la frecuencia de LA y LX.

Algunos autores alertan de la existencia de un estigma en relación a la LM, lo que puede suponer una barrera para su recepción por parte del bebé. Scott et al. (2015) sugieren que dar el pecho en público es una práctica poco normalizada que puede carecer de acuerdo y apoyo social. Bylaska-Davies (2015) indica que las mujeres afirman que la opinión pública debería modificarse en este sentido, exigiendo una normalización de esta práctica. También se apuntan otras dificultades de tipo social, como las derivadas de motivos laborales (Estévez et al., 2002), los antecedentes sobre lactancia, los temores en el ámbito profesional, las influencias socioculturales, el uso de fuentes de información no médicas o de las redes sociales y la falta de apoyo de los profesionales (Sriraman & Kellams, 2016).

Desde nuestro parecer, es un ámbito de estudio relevante tanto desde el punto de vista científico como social. Es por esto que en este trabajo queremos abordar algunas de las posibles razones de abandono de la LM y su posible vinculación con aspectos sociales y de salud del bebé.

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



Es por ello que el siguiente trabajo se centra, por un lado, en hacer una revisión de la literatura para determinar los beneficios de la LM en el bebé y la madre, y por otro lado identificar algunos de los principales factores vinculados a la elección del tipo de lactancia y su duración, a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017.

Creemos que la LME aporta lo esencial para el desarrollo correcto del recién nacido. La leche materna es capaz de ir evolucionando durante el proceso de amamantamiento y crecimiento del niño adaptándose a sus necesidades. La enfermería es la ciencia del cuidado, incluyendo a la mujer antes, durante y después del embarazo. El rol de la enfermera cobra especial importancia en el embarazo, siendo una de los referentes y apoyos para las mujeres y madres. Encontramos, por todo lo citado, el tema de LM atractivo y de especial interés en la actualidad, siendo además la especialidad de matrona una de las posibles especialidades al terminar el grado. El trabajo parte de la siguiente pregunta inicial: ¿Cuáles son los factores que pueden estar ligados a un abandono temprano de la LM, y qué posible relación se establece entre ella y determinados elementos vinculados a la salud del menor?



2. Marco teórico

2.1. Conceptualización y estado actual en nuestro país

Consideramos lactancia a la acción de amamantar o mamar, y se considera materna cuando esta pertenece a la madre (Real Academia Española, 2018). La LM es un proceso natural, los mamíferos han sobrevivido miles de años sin opciones artificiales por parte de la industria, no necesitan de asesoramiento y se las apañan para alimentar a sus crías. En el ser humano y la sociedad, este tipo de lactancia ha cambiado y convive actualmente con la LA.

Distintas organizaciones como el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) (2016), la OMS (2017) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2018), coinciden en que la LM debería ser exclusiva hasta los 6 meses de vida, y que a partir de ese momento se debería continuar hasta los 2 años complementándose con otros alimentos. Tal como indica el Comité de Lactancia Materna de la AEP (2016) la LM sea probablemente la intervención sanitaria que consigue mayores beneficios sobre la salud con menores costes económicos, en la misma línea, la OMS (2017) indica que la LM es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños, y UNICEF (2018) lo expresa de manera más directa diciendo que la LM salva vidas, protegiendo tanto a bebés como a madres de enfermedades mortales y con la ventaja de favorecer el desarrollo predisponiendo a un mayor cociente intelectual y mejores resultados de aprendizaje. El incremento de la LM podría evitar más de 823.000 muertes infantiles y 20.000 muertes maternas cada año (WABA, 2018).

Detectada la falta de evidencia y consenso sobre indicadores de prácticas apropiadas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad, la WHO (2007a) elaboró unas recomendaciones para medir y hacer un seguimiento de dichas prácticas a gran escala como sería a nivel nacional. Elaboró un conjunto de indicadores válidos y confiables para reflejar el progreso de la población hacia prácticas óptimas de alimentación (Tabla 1).

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



Tabla 1. *Indicadores de la WHO (2007a)*

INDICADOR	¿CÓMO SE CALCULA?
Proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron puestos en el pecho dentro de la primera hora de nacimiento	Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro de una hora después del nacimiento / Niños nacidos en los últimos 24 meses
Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses: proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad que se alimentan exclusivamente con leche materna	Bebés de 0 a 5 meses de edad que recibieron solo leche materna durante el día anterior / Bebés de 0 a 5 meses de edad
Lactancia continua a 1 año: proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que reciben leche materna	Niños de 12 a 15 meses de edad que recibieron leche materna durante el día anterior / Niños de 12 a 15 meses de edad
Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos: proporción de bebés de 6 a 8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o blandos	Bebés de 6 a 8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día anterior / Infantes de 6 a 8 meses de edad
Diversidad dietética mínima: proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos de alimentos	Niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de ≥ 4 grupos de alimentos durante el día anterior / Niños de 6 a 23 meses de edad
Frecuencia mínima de comidas: Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o blandos (pero que también incluyen alimentos con leche para niños no amamantados) el número mínimo de veces o más.	Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos la cantidad mínima de veces durante el día anterior / Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad Y Niños no alimentados con leche materna de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos o alimentos con leche la cantidad mínima de veces o más durante el día anterior / Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad
Dieta mínima aceptable: proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben un mínimo Dieta aceptable (aparte de la leche materna).	Los niños amamantados de 6 a 23 meses de edad que tenían al menos la diversidad dietética mínima y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior / Niños amamantados de 6 a 23 meses de edad. Y Niños no amamantados de 6 a 23 meses de



	edad que recibieron al menos 2 alimentaciones con leche y tenían al menos la diversidad dietética mínima sin incluir los alimentos lácteos y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior / Niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad.
Consumo de alimentos ricos en hierro o enriquecidos con hierro: proporción de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben alimentos ricos en hierro o alimentos fortificados con hierro que están diseñados especialmente para bebés y niños pequeños, o que están enriquecidos en el hogar.	Niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron una comida rica en hierro o una comida especialmente diseñada para bebés y niños pequeños y se fortificó con hierro, o un alimento que se fortificó en el hogar con un producto que incluía hierro durante el día anterior / Niños de 6 a 23 meses de edad
Nota: Existen 6 indicadores adicionales	
Fuente: WHO (2007a)	

Sin embargo, en nuestro país no se utiliza esta metodología para la recogida de datos. La información de la que se dispone proviene de la Encuesta Nacional de Salud, realizada desde 1995, que incluye diversas preguntas en relación a la alimentación de los bebés e infantil y preguntas de carácter general sobre el estado de salud.

A nivel mundial, las mujeres que inician LM son mayoría en todos los países, pero a lo largo de los primeros meses de vida se produce un descenso progresivo (Comité de Lactancia Materna de la AEP, 2016). Los datos publicados en 2016 por UNICEF (2016) y Victora et al. (2016), indican que en ese año a nivel global sólo un 43% de los niños continuaban recibiendo LME a los 6 meses de vida.

En el 2010 Victora et al. (2016) compararon las tasas de LME de diferentes países según sus ingresos, y observaron que las mayores tasas de LM se encuentran en los países con ingresos bajos y bajos-medios, como países del Sur de Asia, con un porcentaje de LME del 60%, seguidos por el Este y Sur de África con un 57%, quedando los de ingresos medios-altos y altos como España por detrás. Además, los países de ingresos bajos mantenían la LM durante más tiempo.

Sin embargo, si se ha constatado un aumento de la LME a nivel global a los 6 meses entre 1995 y 2015, pasando del 24,9% al 43% (Victora et al., 2016; UNICEF, 2014; UNICEF, 2016).

Los datos globales más recientes, según la OMS (2017) son que sólo reciben LME un 40% de los lactantes en todo el mundo.

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS

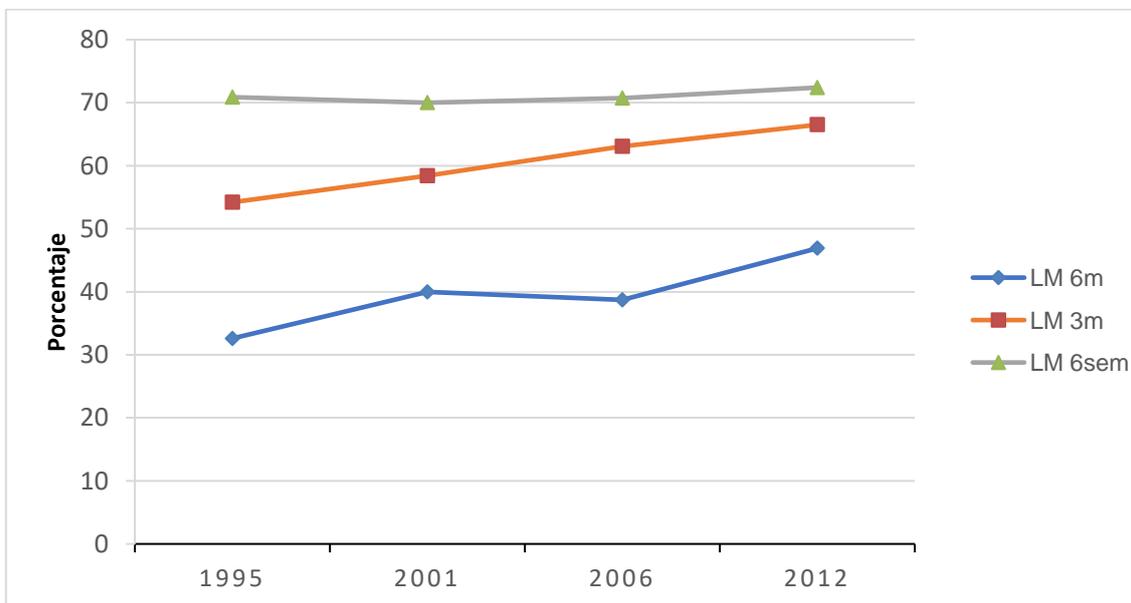


A nivel español, existe el problema de no contar con un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia adecuado. Los datos de los que se disponen provienen de preguntas extraídas de la Encuesta Nacional de Salud, que incluye preguntas referentes a la lactancia desde 1995, pero sin utilizarse ni los indicadores ni la metodología recomendados por la OMS (Tabla 1).

La Encuesta Nacional de Salud de nuestro país, opera con los datos de preguntas del cuestionario de menores en relación a su alimentación sobre si el niño/a ha recibido LM o no; durante cuánto tiempo, si tomaba exclusivamente leche u otros productos, durante cuánto tiempo ha recibido LME, si el niño/a ha recibido LA y a qué edad comenzó a hacerlo.

A nivel nacional, según el Comité de Lactancia Materna de la AEP (2016), la LM tanto parcial como exclusiva, a las 6 semanas se ha mantenido estable con cifras alrededor del 71%, pero a los 6 meses ha incrementado desde 1995, donde se situaba en un 32,6% y llegaba al 46,9% en 2012 (Figura 1). Según la Encuesta Nacional de Salud de 2017, se afirma que casi el 40% de las mujeres continua con LME a los 6 meses, datos emparejados con los de la OMS.

Figura 1. Lactancia materna (exclusiva y parcial) en España según meses a partir del nacimiento. Años 1995, 2001, 2006 y 2012



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud 1995, 2001, 2006, 2012. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



2.2. Beneficios de la LM para bebés y niños

La LME aporta muchos beneficios para el lactante, el Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. (2013) en su revisión constatan que la LME favorece el crecimiento. Algunos estudios (PROBIT Study Group, 2002 & Prentice et al., 2016) también hablan sobre antropometría y variables de peso y grasa.

PROBIT Study Group (2002), con un grupo aleatorizado y una muestra de 17.046 recién nacidos sanos y a término, a los meses 1, 2, 3, 6, 9 y 12 de vida hicieron un seguimiento de variables de peso, talla y circunferencia de cabeza. Los resultados mostraron mayores ganancias de peso y longitud con el destete temprano, y ganancias más lentas con lactancia prolongada y exclusiva.

Prentice et al. (2016) recolectaron muestras de leche materna a las edades de 4 a 8 semanas de 614 madres. En las muestras se midieron triglicéridos, analitos lipídicos, lactosa, 1h-RMN y contenido de proteínas, se determinaron contenidos calóricos totales y porcentaje de macronutrientes. Durante la infancia se midieron antropometrías repetidas. Se compararon las muestras de las madres que practicaban LME con otras que practicaban alimentación mixta. La LME resultó ser más calórica y con mayor porcentaje de grasa y menor en hidratos y proteínas. El mayor contenido calórico total de la leche materna se asoció con un menor índice de masa corporal (IMC) y adiposidad a los 12 meses, y con menores ganancias de peso de 3 a 12 meses. El porcentaje de grasa de la LM se relacionó inversamente con el aumento de peso, IMC y adiposidad de los 3 a 12 meses, mientras que el porcentaje de carbohidratos fue positivo con estas medidas.

El sobrepeso y la obesidad son un problema que hoy en día están en auge, en nuestro país, según la Revista Española de Cardiología, en un estudio de 2016, se manifiesta una prevalencia del 39,3% de sobrepeso en la población adulta, y de un 21,6% de obesidad (Aranceta, J., Pérez, C., Aberdi, G., Ramos, N. & Lázaro, S., 2016). Muchas organizaciones de diferentes países buscan el factor causante de éste obstáculo en la mejora de la calidad de salud de la población.

Jarpa, Cerda, Terrazas & Cano (2015), hicieron un estudio caso control en el 2011 en Chile, en el que se incluyeron 209 pacientes de los cuales sólo el 60,3% recibieron LME durante los 6 meses de vida, los restantes LM no predominante. Se encontraron con que el 51,7% tenía peso normal, el 29,7% presentó sobrepeso y un 18,6% obesidad. Los resultados del estudio dictaron que la LM es un factor protector importante de malnutrición, tanto en la infancia como en el futuro, pudiéndose reducir las probabilidades de sobrepeso u obesidad en la población.

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



Respecto al desarrollo cognitivo, hay un metaanálisis publicado en 1999 (Anderson, Johnstone & Remley, 1999) que incluye 20 estudios considerados de buena calidad metodológica, que mostraron un beneficio de 3,2 puntos para el cociente de inteligencia con un intervalo de confianza del 95% en niños amamantados, observándose dicha diferencia desde los primeros 2 años de vida y persistiendo en la infancia y adolescencia, aumentando con la duración de la LM. El metaanálisis de AHRQ (2007) se sitúa en la misma línea, incluye 8 estudios que controlaron la estimulación intelectual en el hogar, y en los sujetos amamantados durante al menos un mes el rendimiento en pruebas de inteligencia fue mayor. Tres de los estudios mostraron un efecto positivo en el rendimiento en la adolescencia tardía o en la adultez temprana.

Más allá del aspecto cognitivo, la leche materna se considera uno de los mayores factores de prevención de infecciones, siendo menores las tasas de morbilidad y mortalidad por infecciones en lactantes que reciben LM (Hamosh, 2001 & Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, 2013).

Hamosh (2001), revisó los componentes bioactivos de la leche humana, y se confirmó que la leche materna contiene gran cantidad de sustancias y células que mediante acciones directas e indirectas contribuyen a la prevención de infecciones en niños pequeños. Se mencionan células inmunocompetentes como linfocitos y macrófagos; los cuáles participan directamente en la destrucción de microorganismos atacantes, lactoferrina; la cual inhibe el crecimiento de algunas bacterias grampositivas y gramnegativas, inmunoglobulinas, lisozimas, ácidos grasos libres y monoglicéridos, que también contribuyen a la defensa del organismo. A la actividad defensora se añaden nucleótidos; los cuales estimulan el desarrollo del tejido linfoide asociado con el tracto digestivo y oligosacáridos; agentes prebióticos para el desarrollo y implantación de bífidobacterias que proporcionan una barrera contra patógenos y también hacen de señuelo para estos (Kunz, Rudloff, Baier, Klein & Strobel, 2000). En el metanálisis de la AHRQ (2007) se asoció la LM con una disminución del riesgo de otitis media aguda en comparación a la LA, disminución más marcada aún con LME mayor a 3 meses, así como también una disminución del riesgo de diarrea infecciosa aguda durante el primer año, que persiste durante 2 meses después de la interrupción de la lactancia. En el mismo metaanálisis no se comprobó efecto protector contra infecciones de tracto respiratorio bajo, pero si se asoció con una disminución del 72% en el riesgo de hospitalización por infección respiratoria grave en menores de un año, siempre y cuando la LM fuera exclusiva durante al menos 4 meses.

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



La LM también se asocia con menor riesgo de dermatitis atópica, beneficio que se observa en niños con riesgo de alergia pero no en los niños propensos sin riesgo. La LME durante 3 meses también se asoció con un riesgo reducido de asma, sólo en niños con alergia (AHRQ, 2007).

En otro metaanálisis de la OMS de 2007 (WHO, 2007b), se seleccionaron estudios de MEDLINE y de Scientific Citation Index databases, observacionales y aleatorios, publicados en inglés, francés, portugués y español, que evaluaron los efectos de la LM sobre la presión arterial (PA), la obesidad y sobrepeso, el colesterol total, la diabetes tipo 2 (DM2) y el rendimiento intelectual. Se asoció la LM a menores PAs en el futuro, los adultos amamantados obtuvieron una disminución de 1,21 mmHg en la PA sistólica, y de un 0,49 mmHg en la PA diastólica, independientemente de la edad. Con el colesterol promedio total en niños y adolescentes sucedió lo mismo. La LM también se asoció con menor prevalencia de sobrepeso y obesidad. En el caso de la DM2, 5 artículos evaluaron su relación con la LM, observando menos propensión a sufrir la enfermedad en niños amamantados.

Se debe comentar que casi todos los estudios incluidos en el análisis son observacionales, pudiéndose deber los resultados en parte por la autoselección de madres en lactancia o por confusión residual. Además, muy pocos estudios estaban disponibles en países de ingresos bajos/ medios, donde el efecto de la LM puede ser modificado por las condiciones socioculturales.

Respecto al sistema cardiovascular y metabólico también encontramos literatura que habla de su relación con la LM. En una revisión sistemática del año 2002 (Owen, Whincup, Odoki, Gilg & Cook, 2002), se examinó la influencia del método de alimentación en la infancia sobre el colesterol total y el colesterol LDL. Un estudio transversal de niños de 13 a 16 años y una revisión sistemática de estudios observacionales sobre los efectos de la alimentación infantil en el colesterol en la infancia, niñez y edad adulta, se realizaron utilizando modelos de efectos aleatorios. Se estudiaron 1532 individuos de 10 ciudades británicas y 37 estudios con 52 observaciones sobre colesterol total. El colesterol total medio en la infancia o adolescencia no se relacionó con el patrón de alimentación infantil, sin embargo, el colesterol total medio fue mayor en la infancia entre los niños amamantados, mientras que en adultos, fue menor entre los amamantados. Los patrones para el LDL fueron similares durante todo el proceso.

En relación a la prevención de diabetes tipo 1 (DM1), dos metaanálisis ya mencionados (AHRQ, 2007 & WHO, 2007b) sugieren que una LM de duración mínima



de 3 meses está asociada con un riesgo reducido de DM1. Finnish TRIGR Study Group (2010) dan una posible explicación en su ensayo aleatorizado doble ciego con 230 bebés, que recibieron una fórmula de hidrolizado de caseína o un estándar basado en la leche de vaca de fórmula como control cuando la leche materna no estuvo disponible durante los primeros 6 a 8 meses de vida. Los resultados sugieren que la exposición temprana a proteínas dietéticas complejas puede aumentar el riesgo de autoinmunidad de las células beta y DM1 en niños con susceptibilidad genética. La intervención dietética durante la infancia puede tener un efecto duradero en los marcadores autoinmunes de células beta que pueden reflejar un proceso autoinmune que conduce a la DM1. La relación de riesgo fue de 0,47 con un intervalo de confianza del 95%.

Si hablamos de mortalidad, en una gran cohorte que recoge datos de tres ensayos en Ghana, India y Tanzania realizado por NEOVITA Study Group (2016), se asocia el inicio temprano de la LME con la disminución de la mortalidad neonatal y post-neonatal hasta los 6 meses de edad. Del total de bebés estudiados se subdividieron en grupos según el tiempo que tardaban en iniciar LM: $\leq 1h$, de 2 a 23h y de 24 a 96h. El riesgo de los lactantes que iniciaron LM en la primera hora de vida fue menor que aquellos que la comenzaron entre las 2h y las 23h, y éstos últimos tenían menos riesgo que los que la iniciaron entre las 24h y las 96h. También se relacionó una menor mortalidad con la LME durante los 6 primeros meses de vida. Llegaron a la conclusión de que el inicio temprano de la LM reduce la mortalidad neonatal e infantil temprana a través del aumento de las tasas de LME y por mecanismos adicionales.

Relacionando la LM con los hábitos de los menores, Moreno & Galiano (2006) comentan en su revisión que el momento de la elección del tipo de lactancia que la madre quiere para su bebé marcará un antes y un después en los hábitos alimentarios del infante, determinando así sus preferencias en cuanto a los alimentos. El infante de forma natural es capaz de aceptar o rechazar según que sabores, como es el caso del dulce y el amargo. Aquellos bebés que reciben LM tienen preferencia por aquellos sabores que pueden experimentar a través de la leche materna y que, por lo general, se basan en los hábitos culturales de su región. Por otro lado, a medida que el niño crece, entran en juego otros factores que interfieren además de los que adopta durante la LM. Aquellos sabores a los que el niño se ve expuesto durante los primeros meses de vida tienen una mayor aceptación, de manera contraria, aquellos que se introducen más tarde, tienen una menor aceptación.



2.3. Beneficios de la LM para las madres

En la literatura, también se encuentran referencias que hablan de los beneficios de la LM para la madre. En el estudio Sunshine de MS se reclutaron 5.397 mujeres con esclerosis múltiple recién diagnosticada o su precursor (síndrome clínicamente aislado) y 5.433 mujeres como controles pareados. El objetivo era determinar si las mujeres que amamantaban durante más tiempo a sus bebés o con menos años de ovulación tenían menor riesgo de desarrollar esclerosis múltiple. Toda la información se obtuvo mediante un cuestionario estructurado sobre el comportamiento en relación al embarazo y factores biológicos. Los resultados asociaron una duración mayor a 15 meses de LM con menor riesgo de esclerosis múltiple y de síndrome clínicamente aislado comparado con lactancias de 0 a 4 meses (Langer- Gould et al., 2017).

En relación al cáncer, hay literatura que habla sobre LM y cáncer de mama y ovario. El Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie (2013), a parte de los beneficios para el bebé ya comentados también menciona menor riesgo cáncer de mama y ovario en el período premenopáusico. En 2002 (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002) se realizó un estudio con los datos individuales de 47 estudios epidemiológicos en 30 países que incluían información sobre los patrones de LM y otros aspectos de la maternidad. Se incluyeron 50.302 mujeres con cáncer de mama invasivo y 96.973 controles. Las mujeres con cáncer de mama tuvieron en promedio menos partos que los controles. Además, las mujeres parteras con cáncer amamantaban menos que las otras, y su duración promedio de LM fue más corta. El riesgo de prevalencia de cáncer de mama disminuyó en un 4,3% por cada 12 meses de LM, sumándose una disminución del 7% por cada nacimiento. Las conclusiones fueron que a mayor duración de LM, mayor protección contra el cáncer de mama.

Luan et al. (2013), realizaron un metaanálisis para resumir la evidencia disponible de la asociación entre LM y su duración con el riesgo de cáncer de ovario epitelial. Se incluyeron 5 estudios prospectivos y 30 estudios de casos y controles. Los resultados mostraron mayor riesgo de prevalencia para las mujeres que nunca habían dado el pecho y una disminución del riesgo de un 8% por cada aumento de 5 meses de duración de la lactancia.

Los beneficios de la LM no se quedan ahí, el Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie (2013) también menciona beneficios como el retorno al peso anterior al embarazo con más rapidez, y menor riesgo de osteoporosis en el período postmenopáusico.



Respecto al sistema cardiovascular, autores como Gunderson et al. (2015) y Peters et al. (2017), muestran los beneficios de la LM. Gunderson et al. (2015) realizaron un estudio cohorte prospectivo multicéntrico que relaciona la duración de la LM con el riesgo de padecer aterosclerosis, para su realización se incluyeron a 2787 mujeres de entre 18 y 30 años de edad durante 1985 y 1986, pertenecientes a diferentes etnias diferenciando entre mujeres negras (52%) y blancas (48%), 2014 se prestaron a continuar y realizar un examen 20 años más tarde entre 2005 y 2006. Una vez realizado el examen escogieron 846 mujeres sin patología cardíaca o diabetes previa al estudio que dieron a luz una o varias veces después de la evaluación inicial. Se tomaron datos del riesgo cardiometabólico y se midió el grosor de la capa íntima-media carotídea en el examen después de los 20 años de seguimiento. Los grupos se dividieron según la duración de la lactancia y se compararon los resultados que concluyeron que a pesar de las patologías previas cardiometabólicas pre-embarazo y factores de riesgo tradicionales, menor duración de LM se relacionó con mayor grosor de la arteria carótida común y mayor aterosclerosis subclínica.

Peters et al. (2017) en su estudio Cox en China entre 2004 y 2008, reclutaron 0,5 millones de personas entre 30 y 79 años de 10 regiones diferentes del país. Se realizó un seguimiento durante 8 años y se registraron 16.671 casos de incidentes de patología coronaria y 23.983 casos de accidente cerebrovascular (AVC) entre 289.573 mujeres sin enfermedad cardiovascular (ECV) previa al inicio del estudio. La LM se relacionó con un riesgo significativamente menor de ECV. Las mujeres que habían amamantado durante ≥ 24 meses tenían un menor riesgo de ECV y un menor riesgo de AVC en comparación con las mujeres que nunca habían practicado la LM. A mayor duración de LM menor riesgo. Cada 6 meses adicionales de LM por niño se asoció con menor riesgo coronario.

2.4. Contraindicaciones de la LM

La LME proporciona más beneficios que no posibles daños para los bebés, según Lozano (2014), la LM tiene pocas contraindicaciones. Los casos en que la LM se debería de evitar son en los niños con galactosemia, con malabsorción congénita de glucosa-galactosa y en la deficiencia primaria de lactasa. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una contraindicación para la LM en países desarrollados en los que se dispone de medios adecuados para la alimentación con sucedáneos.



Por otro lado, tampoco deben dar el pecho aquellas mujeres que estén afectadas por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo 1 o 2) ya que está demostrado, como en el caso del VIH, su transmisión a través de la LM. En otros casos relacionados con patología materna o del bebé necesitan de una valoración individualizada. En cuanto a la cuestión de los virus de la Hepatitis A, B o C, la LM no está contraindicada. Se debe tener en cuenta que en las Hepatitis A y B se debe indicar la profilaxis adecuada para evitar la transmisión de la infección (Lozano, 2014).

2.5. Barreras para la LM

En una revisión de 2016 sobre las barreras para la LM (Sriraman & Kellams, 2016), se describen y resumen algunos los diferentes factores que intervienen en su mantenimiento y éxito.

Como factores prenatales, el primero se trata de la confianza de las mujeres. Un estudio de 2016 (Rubio, Li, Nemecek & Chang, 2016) sugirieron que las mujeres con menor confianza tenían más probabilidades de abandonar el amamantamiento dentro de la primera semana postparto (5% vs. 27%), de modo que la confianza prenatal fue uno de los predictores más significativos de duración de la LM. Mujeres con poca confianza en la lactancia suele sentir que no tienen suficiente leche. Como resultado de esta percepción, muchas mujeres comienzan con las leches de fórmulas suplementarias y en algún u otro momento, dejan de amamantar.

Como siguiente factor antes de dar a luz, tenemos los conocimientos, actitudes y creencias de los sanitarios. Éstos todavía informan de que se sienten incómodos diciéndole a las madres cómo deben alimentar a su bebé, aunque de forma rutinaria tratan otro tipo de problemas cargados emocionalmente, como el fumar o la obesidad, algunos de estos profesionales tienen miedo a que las madres se sientan culpables si no eligen LM (Colen & Ramey, 2014).

Una de las herramientas que debería usarse más en las visitas de las embarazadas o madres con matronas y/o médicos es la entrevista motivacional (Elliott-Rudder, Pilotto, McIntyre & Ramanathan 2014), donde se intenta maximizar el empoderamiento de la mujer, aunque se requieren de más estrategias para llevarla a cabo. La entrevista motivacional consiste en un estilo de intervención que busca provocar afirmaciones en primera persona y facilita que el paciente exprese en voz alta sus dudas, miedos, elementos facilitadores y estrategias para conseguir su objetivo.

En 2013, Thompson et al. (2013) trataron de averiguar si el bajo peso, obesidad o sobrepeso materno antes del embarazo, se asociaban con el inicio de la LM. Se



utilizaron registros de nacimiento de residentes de Florida entre 2004 y 2009 de los cuáles se sabía el IMC materno antes del embarazo y el inicio de LM, con una muestra final de 1.161.949. Tras ajustar los factores maternos e infantiles se concluyó que las mujeres con bajo peso y obesas tenían significativamente menos probabilidades (74,2% y 74%) de iniciar la LM que las mujeres con IMC normal (80,4%), sin variar significativamente la magnitud de los hallazgos por raza u origen étnico.

Otro grupo de factores son los socioculturales. Las mujeres acceden y reciben información sobre LM de muchas personas y fuentes no médicas, como medios de comunicación, grupos sociales y prácticas culturales (Sheehan, Schmied & Barclay, 2010). Televisión, redes sociales, noticias, blogs y medios de comunicación influyen a través del marketing y cultura popular, así lo describen los resultados del estudio de Zhang, Carlton & Fein (2013).

En una revisión sistemática del 2014 tras acceder a tres bases de datos médicas, se seleccionaron 10 estudios y se añadieron 6 más de investigación empírica. Los autores destacan la influencia de la cultura de las madres y el nivel educativo de los profesionales sanitarios. Los datos recopilados se vieron limitados por el pequeño número de participantes reclutados, aun así los resultados confirmaron que en el Reino Unido las mujeres de grupos étnicos minoritarios amamantan más exclusivamente durante más tiempo que las blancas, destacando la cultura como factor importante.

Las experiencias personales de los sanitarios en relación a la LM también representan un factor condicionante en su promoción. Un estudio (Dixit, Feldman-Winter & Szucs, 2015) con pediatras en los Estados Unidos, mostró que más del 90% de éstos sentía cómo sus experiencias de lactancia afectaron su consejo clínico para las madres.

El nivel de conocimientos de los profesionales en relación a la lactancia también es un factor muy importante. Más del 71% de pediatras, obstetras y ginecólogos canadienses se sintieron con poca o ninguna educación o capacitación en relación a la LM. Si son los encargados de aconsejar y asesorar a las embarazadas, el primer paso sería que estos fueran entendidos en el tema, y deberían estar formados al respecto, pero como podemos ver, la realidad es diferente (Pound, Williams, Grenon, Aglipay & Plint, 2014). En relación a este nivel de conocimientos, la mayoría de mujeres preferían estar asesoradas y en contacto con profesionales actualizados, capacitados y educados en LM para poder sentirse seguras (Bevan & Brown, 2014). Autores como Susiloretni, Hadi, Prabandari, Soenarto & Wilopo (2015), en su análisis secundario de los datos de una promoción multinivel del programa LME en dos centros de salud

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



pública rural en el distrito Demak, Java Central, en Indonesia, con un estudio cuasi experimental con un total de 599 participantes, sugieren que el alto conocimiento materno sobre lactancia fue el único factor asociado con mayor duración de LME.

Respecto el estatus social de las madres, un estudio en Costa Rica (Quirós, 2008) comentó la influencia de los factores socioeconómicos en la LM. Relació una mejor condición económica con menor prevalencia de LME. Las posibles explicaciones se encuentran en la posibilidad de adquirir sucedáneos y en la posibilidad de tener una vida laboral más activa.

La opinión de la pareja y la familia de la madre también influyen en la decisión sobre el tipo de lactancia (Grassley & Eschiti, 2008), y en especial la experiencia de las abuelas. Las generaciones actuales tienen abuelas que puede que nunca hayan amamantado, y su modo de ayudar a sus nietas se basa en sus experiencias pasadas. Por otro lado Abbass-Dick, Stern, Nelson, Watson & Denis (2015), sugieren en su ensayo controlado aleatorio que la opinión del padre mejora significativamente la LM.

La opinión pública también tiene parte de influencia en el tipo de lactancia, contribuyendo a bajas tasas de duración y de LME (Sayers, 2014). En ocasiones se pide a mujeres salir o taparse durante el amamantamiento de algunos establecimientos. El público en general se siente incómodo y no apoya a las mujeres que amamantan en público (Mulready-Ward & Hackett, 2014). Esto supone una barrera para el mantenimiento de la LM. Ya han existido movimientos nacionales e internacionales donde miles de mujeres han amamantado en público para concienciar y educar sobre el tema.

Las industrias también tienen su parte de influencia, los sanitarios se ven expuesto a fórmulas comerciales por parte de las industrias, y las madres también se ven expuestas en las consultas. Existe un conflicto de interés respecto al patrocinio corporativo, y eso acaba repercutiendo en las tasas de LM. La interrupción de la lactancia es mayor en mujeres expuestas a paquetes de fórmulas comerciales (Howard et al., 2000). En los hospitales, también se ofrece con rapidez fórmulas suplementarias cuando el bebé pierde peso, aunque dentro de un porcentaje variable entre hospitales una pequeña pérdida de peso se considera fisiológica. Odom, Li, Scanlon, Perrine & Grummer- Strawn (2013) consideran que dicha exposición a fórmulas por parte de las industrias es perjudicial para la LM.

Como factores postnatales, empezando por el momento de nacimiento, la cesárea juega un papel importante. Se trata de una intervención agresiva, sobre todo para la madre, la cual acaba exhausta. Se ha demostrado que el piel con piel mejora el inicio

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



de la LM (Moore, Anderson & Bergman, 2007). La cesárea se asocia con un retraso del piel con piel, con un retraso significativo de la iniciación de la lactancia, y con un aumento de la alimentación complementaria, lo cual empeora las tasas de LM (U.S. Department of Health and Human Services, 2011; Rowe-Murray & Fisher, 2002 & Pérez-Escamilla, Maulen-Radovan & Dewey, 1996). Por tanto hay que esforzarse en reducir el porcentaje de partos por cesárea.

Otro factor sociocultural es el cuidado maternal de los hospitales. Se han estandarizado técnicas e intervenciones que se asocian con amamantamientos menos eficaces, se suma el hecho de que tampoco se adaptan espacios para favorecer la lactancia, ya que los ruidos, pantallas y controles disminuyen la exclusividad y duración de la lactancia (Nickel, Labbok, Hudgens & Daniels, 2013; Grummer-Strawn et al., 2013 & Mylod, 2015).

Mylod (2015) va incluso más allá y comenta que las familias y el personal superan a las barreras físicas para la iniciación de la LM. El conocimiento y experiencia entre los profesionales de salud infantil a menudo son inadecuados y los deja incapaces de apoyar a las familias. La estrategia de Salud Infantil se centra en las habilidades del personal sobre LM, viéndola como un elemento terapéutico fundamental. Las familias encuentran poco apoyo para la LM en muchos entornos de atención médica. La separación temprana que requieren los bebés con afección cardíaca congénita, anula o retrasa el piel con piel, práctica que facilita el inicio de la LM. Se ha demostrado que la leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos, y un bebé que se somete a una cirugía invasiva y compleja requiere un cuidado especial para protegerse contra las infecciones. No debemos cometer el error de pensar que la lactancia es cansadora para los bebés con afecciones cardíacas, de hecho, tienen mejores saturaciones de oxígeno que los bebés alimentados con biberón. Cuando la LM se desarrolla correctamente aumentan de peso más rápido que los bebés alimentados artificialmente y tienen estancias hospitalarias más cortas. Muchas mujeres pueden sentir que la LM es beneficiosa para la recuperación de su bebé, sin embargo muchas veces son tímidas y tienen miedo de pedir consejo e información. La evidencia en los países industrializados sugiere que si bien el apoyo profesional es fundamental para prolongar la duración de la LM el conocimiento de los profesionales sanitarios varía de erróneo a anecdótico. Mylod (2015) propone que se debería ofrecer a madre y bebé un ambiente propicio para relajarse, con privacidad, comodidad, descanso adecuado y acceso a alimentos y bebidas a pedido.

Durante el ingreso de la madre tanto ella como el bebé se ven expuestos a controles, rutinas e interrupciones por parte del personal sanitario. Estos momentos no dejan que

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



el vínculo madre-bebé se establezca con calma, relajación y tranquilidad (Morrison, Ludington-Hoe & Anderson, 2006).

Una vez iniciada la lactancia, muchas madres sienten dolor en el pecho a pesar de la asistencia profesional. En algunas ocasiones el origen es que el bebé tenga un frenillo corto. La frenotomía es un procedimiento simple y efectivo que puede mejorar la lactancia reduciendo el dolor materno (Amir, James & Donath, 2006 & Academy of Breastfeeding Medicine)

Para abordar las prácticas de rutina en los centros de salud, el Center for Disease Control and Prevention inició un programa llamado Best Fed Beginnings con 90 hospitales en todo Estados Unidos. Tal como indican Grummer-Strawn et al. (2013) este programa empezó a mostrar éxito, con aumentos significativos de la puntuación de calidad de los hospitales entre 2009 y 2011. Las medidas consisten en tener una política estricta sobre LM que se comunique de manera rutinaria a todo el personal de atención médica, capacitar a todo el personal sanitario en habilidades necesarias para implementar esta política, informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la LM, ayudar a las madres a iniciarla dentro de la primera hora del nacimiento, fomentar la LM a demanda y el establecimiento de grupos de apoyo, entre algunas otras medidas.

Se ha demostrado que los hospitales “amigos de los bebés” que cumplen los 10 pasos recomendados por la OMS para ser hospitales amigos de bebés, aumentan sus tasas de LM, tanto en inicio, en exclusividad y duración (Del Bono & Rabe, 2012).

Una vez iniciada la LM, sigue habiendo situaciones y factores que la dificultan y hace que muchas madres decidan abandonar antes de lo deseado, Susiloretni et al. (2015) identificaron como barreras la congestión mamaria, la recepción de muestras de fórmula en el momento del alta y la falta de apoyo de una abuela, de manera que si estas situaciones se llevaban a cabo, había mayor riesgo de abandono. En la misma línea Cleminson, Oddie, Renfrew & McGuire (2015) mencionan como razones comunes para el abandono los senos dolorosos, pezones agrietados, mastitis, preocupaciones por el crecimiento del bebé y percepciones negativas de cómo las personas del alrededor de la madre ven la LM. Las madres destacan la falta de asesoramiento especializado y apoyo en el cese prematuro de la lactancia. Kearns, Castro, Lourenço, Augusto & Cardoso (2016) añaden el uso constante de un biberón y el hecho de que la madre esté soltera, sin embargo, se necesita más investigación para comprender mejor estos factores y otras barreras que enfrentan a las mujeres para continuar amamantando.



En el estudio de Kearns et al. (2016), los autores intentaron examinar los factores asociados con el cese de la LM en un municipio de la Amazonia brasileña occidental, para así justificar la baja prevalencia de LM en Brasil. Se realizó un estudio transversal, basado en la población, en niños menores de 25 meses y se recopiló información sobre las características maternas e infantiles. La duración media de la LM entre 101 niños que ya no estaban amamantados fue de 120 días. Casi dos tercios de estos niños dejaron de amamantar antes de los 6 meses de edad. En la muestra más grande de 209 niños, el 74,5% había sido previamente alimentado con biberón. Se esperaba que un niño amamantado alguna vez con biberón abandonase la LM aproximadamente un 88% antes que uno que no lo ha probado nunca.

Niño, R., Silva, G., Atalah, E. (2012) realizaron un estudio de corte transversal, en el que aplicaron una encuesta dónde se buscaba información sociodemográfica, información recibida, inicio y duración de la lactancia y causas del destete. Se incluyeron en la muestra a madres tanto del sistema sanitario público como del privado. El 45,8% mantuvieron LME durante los 6 primeros meses, sin diferenciar entre grupos. Las principales causas de abandono de la LM según las madres fueron decisión materna, por percepción de hambre, por factores estéticos y enfermedad del niño. Por otro lado, la LME hasta los 6 meses se relacionó con una lactancia previa exitosa, el sexo femenino del bebé, menor escolaridad materna y sistema público de salud. Para incrementar el éxito de la LM se propusieron una mejora en la educación en los controles de salud y clínicas de lactancia.

En relación al consumo de tabaco, un estudio descriptivo transversal (Rozas et al. 2008) encontró relación entre la LM y el consumo de tabaco. Las mujeres que no fumaban tenían más prevalencia de LM (76,9%) respecto las fumadoras (57,1%), y la duración media de la lactancia fue menor en las mujeres que fumaban durante el postparto (2,81 meses) respecto las que no lo hicieron (4,96 meses). El hábito tabáquico también constituye una barrera para la instauración de la LM y su mantenimiento.

Cleminson et al. (2015), resumen la evidencia de estrategias efectivas y rentables para ayudar a las mujeres a tomar decisiones, superar barreras, establecer y mantener la LM. Tras analizar estudios y revisiones sobre políticas y programas de apoyo a la LM, se recomiendan 10 pasos para una lactancia exitosa según WHO & UNICEF (2018):

1. Tener una política escrita sobre la LM que se comunique de manera rutinaria a todo el personal de atención médica.

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



2. Capacitar a todo el personal sanitario en las habilidades necesarias para implementar esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la LM.
4. Ayudar a las madres a iniciar la LM poco después del parto
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y mantener la lactancia, incluso si deben separarse de sus bebés.
6. No dar a los bebés recién nacidos ningún alimento o bebida que no sea la leche materna, a menos que esté médicamente indicado.
7. Practicar alojamiento en habitaciones: permitir que las madres y los bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar la LM a demanda.
9. No administrar tetinas o chupetes artificiales a los bebés que amamantan.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo para la LM y remitir a las madres en el momento del alta hospitalaria.

Los factores externos a las madres que dificultan la LM los identificaremos como la participación, apoyo profesional y la promoción sobre LM por parte de las entidades gubernamentales. Como hemos visto anteriormente, distintos autores coinciden en que el conocimiento y/o apoyo profesional no es el adecuado (Bevan & Brown, 2014; Cleminson et al., 2015; Mylod, 2015).

Como se evidencia en el estudio de Rios-Ellis, Nguyen-Rodriguez, Espinoza, Galvez & Garcia-Vega (2015), la participación activa de los sanitarios y la educación a las madres muestran efectividad a la hora de fomentar la LME y conseguir mayor adherencia. En su estudio, participaron 243 mujeres latinas en Los Ángeles y Long Beach, las cuales por la diferencia cultural y la barrera idiomática, tenían acceso limitado a la atención médica y por ende tasas más bajas de LM que las mujeres blancas no hispanas. Las mujeres debían ser mayores de edad, con no menos de 9 semanas de embarazo y con dominio del español. Se realizó una intervención compuesta de dos charlas educativas y un calendario de alimentación y cuidado infantil. Se evaluaron el método de alimentación anticipada, iniciación, exclusividad y duración de la LM y la edad prevista para introducir varios alimentos sólidos comunes en la dieta del bebé latino. Se calculó una puntuación total para medir el conocimiento de los alimentos para evitar en el primer año del bebé. Al inicio del estudio la



alimentación combinada fue el método actual en ese momento o anticipado primario informado. Los resultados muestran un cambio significativo en dicho método de alimentación anticipada después de la primera charla, donde hubo mayor número de mujeres con la intención de amamantar de manera exclusiva, y también durante períodos más prolongados. También hubo un cambio significativo en la planificación de introducción de alimentos en edades posteriores, aumentando el conocimiento sobre alimentos en el primer año de vida. Las participantes informaron de barreras institucionales, personales y estructurales para recibir educación en salud materna e infantil, temor a represalias por recibir servicios subsidiados, falta de comprensión del sistema de atención médica, vergüenza y el lenguaje.

Respecto a la promoción gubernamental, Anstey, McGowan & Allen (2016) realizaron un informe que destaca las principales actividades federales de EEUU que muestran el progreso hacia la respuesta al Llamado a la Acción en los primeros 5 años desde su lanzamiento. Las estrategias identificadas como el Llamado a la Acción para apoyar a las madres incluyen esfuerzos para educar a las madres sobre la importancia de la LM, enseñarlas a amamantar, alentarlas a hablar con sus proveedores de salud y a buscar ayuda cuando sea necesario. Desde el año 2000 hasta 2012 en EEUU han incrementado lenta pero positivamente las tasas de inicio de LM y las tasas de LME hasta los 3 y 6 meses. El Llamado a la Acción es una visión a largo plazo y proporciona una hoja de ruta para continuar construyendo sobre los logros alcanzados desde 2011. Destaca en gran parte el gran esfuerzo que hacen agencias y organizaciones para fomentar y activar las medidas correctas para una LM exitosa.

2.6. Estigma

El estigma es un factor importante a la hora de elegir el tipo de LM o mantenerla. Bylaska-Davies (2015), tras un estudio cualitativo con 20 mujeres, observa que las mujeres embarazadas obtienen información sobre lactancia en la televisión, películas, medios de comunicación en papel e Internet, y éstos no tienen un rol importante en la elección de la lactancia, sin embargo, sugieren que los mensajes que les gustaría ver en el futuro deberían ser anuncios de servicio público de mujeres amamantando a sus bebés. Las madres reciben información confusa ya que no existe un control en los medios de comunicación y reciben constantemente un mensaje erróneo. Se las bombardea tanto con información de que la LM es lo mejor, como con información en que las fórmulas de leche también lo son, y esto efectivamente las confunde, aunque tanto amamantadoras como aquellas que dan el biberón reconocen que la mejor opción para su hijo es dar el pecho. La mayoría de las mujeres coincidió en que los



medios de comunicación y la cultura han hecho que los senos maternos se vean como objetos sexuales y no como medio para la alimentación del bebé, y la opinión pública debería modificarse convirtiéndose la LM en la norma. Winter (2016) se suma a que la opinión pública y los medios favorecen la estigmatización de la LM, aun existiendo diferencias en función de la cultura y el país.

Según el territorio existe una gran disparidad en cuanto a la duración de la LM, un estudio cohorte realizado en diferentes países de Europa analizaba las actitudes de las madres y de la sociedad hacia la LM en público. El objetivo era cuantificar y comparar las actitudes maternas y la práctica de LM en público. En el estudio se acogieron a 389 mujeres de cuatro centros europeos Escocia, Italia, Estocolmo y España de maternidades de los hospitales. Se observó que las madres que tenían una actitud negativa hacia la LM en público tenían menos probabilidades de haber amamantado en público y las que nunca habían amamantado en público tenían a su vez más expectativas de interrumpir la LM antes que otras madres. Además, se observó que las normas sociales percibidas pueden ejercer una influencia mayor en los resultados de la LM que las actitudes y el conocimiento sobre ella (Scott et al., 2016). Según este estudio podemos considerar que la duración de la lactancia es en parte culturalmente dependiente, ya que la opinión social tiene gran peso en las actitudes que las madres puedan tomar para afrontarla, pudiendo la opinión social afectar psicológicamente en gran medida.

En acuerdo con lo mencionado, Vanderkruik, Lemon & Dimidijan (2015), dan un paso más allá y comentan que este entorno favorece la oportunidad de mejorar las iniciativas de salud pública respecto la LM, debiéndose integrar una perspectiva de salud mental perinatal en las guías y recursos de acompañamiento, ya que en la mayoría de los casos se presta mucha más atención a la salud física abandonando la parte psicológica.

En el caso de las madres también existe un riesgo de que la salud mental se pueda ver perjudicada y necesitar del apoyo de los profesionales. Para proporcionar aquellos cuidados que estas mujeres necesiten para vivir la experiencia de la LM como algo saludable en cuerpo y mente Vanderkruik et al. (2015) explican la importancia de cuidar la salud mental en las madres y la carencia de apoyo que hay en la salud pública. Sabemos que la LM tiene muchos beneficios tanto para la madre como para el neonato, pero la relación entre amamantar y salud mental es muy compleja ya que dar el pecho puede no ser la mejor opción para todas las madres, se tendría que valorar cada situación individual y adaptarla para una correcta práctica. En el artículo se explica la existencia de un programa creado para el cuidado de la salud mental de la



madre y cómo gracias a éste se pueden conseguir mejoras como la introducción de prácticas alternativas de alimentación para garantizar un desarrollo saludable en el infante. Existe la oportunidad para potenciar las iniciativas en salud pública en lo que a LM se refiere, integrando una perspectiva de salud mental perinatal.

Sriraman & Kellams (2016) mencionan que el profesional tiene el cometido de dar a las mujeres información de calidad adaptándola a cada una de ellas, de manera que el estigma creado por la sociedad no llegue a ser uno de los factores con más peso en la toma de decisión de la madre al escoger si dar o no el pecho.

2.7. Rol del profesional sanitario

Como en cualquier otro ámbito relacionado con la salud de la población, la LM no deja de tener un gran peso en la responsabilidad del profesional de salud, sin embargo, aunque dicha responsabilidad recaiga sobre ellos parece ser que no se gestiona de manera adecuada (Silva, Matoca & Marques, 2015).

La percepción de las madres es muy importante en el momento de la elección de si optan por la LM o por otras alternativas como la LA, he aquí donde el profesional adquiere un importante papel, la promoción que éste pueda hacer sobre la LM puede ayudar a las madres a tomar una decisión de cómo alimentar a su hijo para su buen desarrollo. Por eso se realizó un estudio para conocer la percepción de las madres en cuanto a las prácticas de las enfermeras en la promoción de la LM. El estudio descriptivo-correlacional de muestreo no probabilístico, se realizó con 88 madres de niños con edades comprendidas entre los 2 días de vida y los 3 años, se utilizó un cuestionario que se realizó en el mes de mayo de 2012. El 43,2% de las madres pensaban que las prácticas de las enfermeras en cuanto a la promoción de LM eran razonables, el 29,5% consideraron que eran malas prácticas. Se llegó a la conclusión de que las enfermeras deberían reflexionar sobre sus prácticas y formación sobre LM, adaptar su promoción no sólo en una perspectiva técnica y normativa, si no acercándose más a una dimensión psicosocial, adaptando las prácticas a las necesidades de cada mujer (Silva et al., 2015).

Muchas mujeres consideran que la ayuda que reciben de los proveedores o de los sistemas de salud es un apoyo misérrimo para la adherencia a la LM, a causa de esta carencia de ayuda por parte de los profesionales muchas de ellas acuden a la experiencia familiar, mitos y blogs o webs de internet en busca de información que refuerce su conocimiento, pero a causa de ello encuentran información que deforma la realidad de la LM (Lutenbacher, Karp & Moore, 2016), que entorpece el trabajo de los



profesionales del sector sanitario y crea litigios entre estos y la población de madres inexpertas en LM.

Actualmente la formación de los profesionales en relación a este tema es deficiente, no se trabaja lo suficiente para evitar en muchos casos la incertidumbre de muchas madres a la hora de dar el pecho y por lo tanto evitar el abandono antes de los 6 meses de vida del bebé. En muchos casos se habla de que se debería invertir más en la formación profesional para mejorar el apoyo, crear programas personalizados para cada madre no sólo desde un punto de vista normativo y técnico, si no también psicosocial (Silva et al., 2015). El caso de cada mujer es distinto, a cada una le afectan distintos factores que son los que marcarán los pasos de una madre a la hora de escoger la opción de cómo alimentará a su bebé, estos factores más generalizados entre otros son los culturales, psicosociales y socioeconómicos. Como hemos visto, el apoyo profesional y los recursos sanitarios son un factor de gran importancia que ayuda a mejorar la visión de la paternidad.

En un estudio del 2017, (Barimani, Vikström, Rosander, Forslund & Berlin, 2017) se trató de descubrir, describir y comprender las condiciones de transición que los padres perciben como facilitadoras e inhibidoras durante la transición a la paternidad, para utilizar tal conocimiento y desarrollar recomendaciones e intervenciones profesionales que apoyen y faciliten dicha transición. Se analizaron datos de dos estudios que implementaron entrevistas con 60 padres en Suecia entre 2013 y 2014. Las entrevistas trataban las experiencias de los padres en relación con las experiencias con grupos de educación, apoyo profesional y continuidad después del parto. Se concluyeron como factores facilitadores de la transición el percibir la paternidad como una parte normal de la vida, estar preparado y tener conocimiento experimentando apoyo social, recibir apoyo profesional e información sobre recursos dentro del cuidado de la salud y participar en grupos de educación de padres. Los factores inhibidores se describieron como tener expectativas poco realistas, tener sensación de estrés y pérdida de control, experimentar demandas de amamantamiento y falta de sueño, información carente sobre la realidad, falta de apoyo e información profesional y falta de recursos sanitarios. Las recomendaciones que se consideraron óptimas para los profesionales de salud fueron asegurarse de que las mujeres y sus parejas están preparadas y bien informadas, grupos de educación de padres y establecer una buena relación terapéutica para hacer expresar a los padres sus sentimientos. Según la opinión de las madres recopiladas en el programa Healthy People 2020, hay carencia de grupos de apoyo mamá-bebé y de prácticas hospitalarias amigables para bebés (Dunn, Kalich, Henning & Fedrizzi, 2014).



3. Hipótesis y objetivos

Una vez realizada la revisión bibliográfica para la construcción del marco teórico, establecemos la siguiente hipótesis general:

El tipo de lactancia y su duración estarán vinculados a una multitud de factores que se pueden asociar a dimensiones como la familiar, sociocultural y profesional, entre otras. Estos factores podrán actuar paralelamente (interaccionando) o incluso neutralizando sus efectos. Además, entendemos que, dados los beneficios de la LM, cuanto más exclusiva sea y mayor duración tenga, esta se relacionará con mejores valores del estado de salud general en el menor.

El objetivo general de la investigación es, por lo tanto, llevar a cabo un abordaje con perspectiva global del fenómeno de la LM en España, concretándose en los siguientes objetivos específicos:

- a) Realizar una revisión de la literatura científica sobre los beneficios de la LM en la salud de la madre y el bebé.
- b) Describir los datos más recientes sobre los tipos de lactancia y su duración en España.
- c) Determinar qué factores (especialmente los relacionados con los perfiles de las madres) pueden estar asociados con la prolongación o no de la LM.
- d) Identificar relaciones de asociación entre el tipo de lactancia recibida y su duración, con el estado de salud del menor y sus hábitos saludables.

Para cumplir con estos objetivos y contrastar la hipótesis, el apartado 4 detalla la metodología utilizada, el apartado 5 describe los principales resultados obtenidos y el apartado 6 los pone en discusión con los antecedentes sobre el ámbito de estudio.



4. Metodología

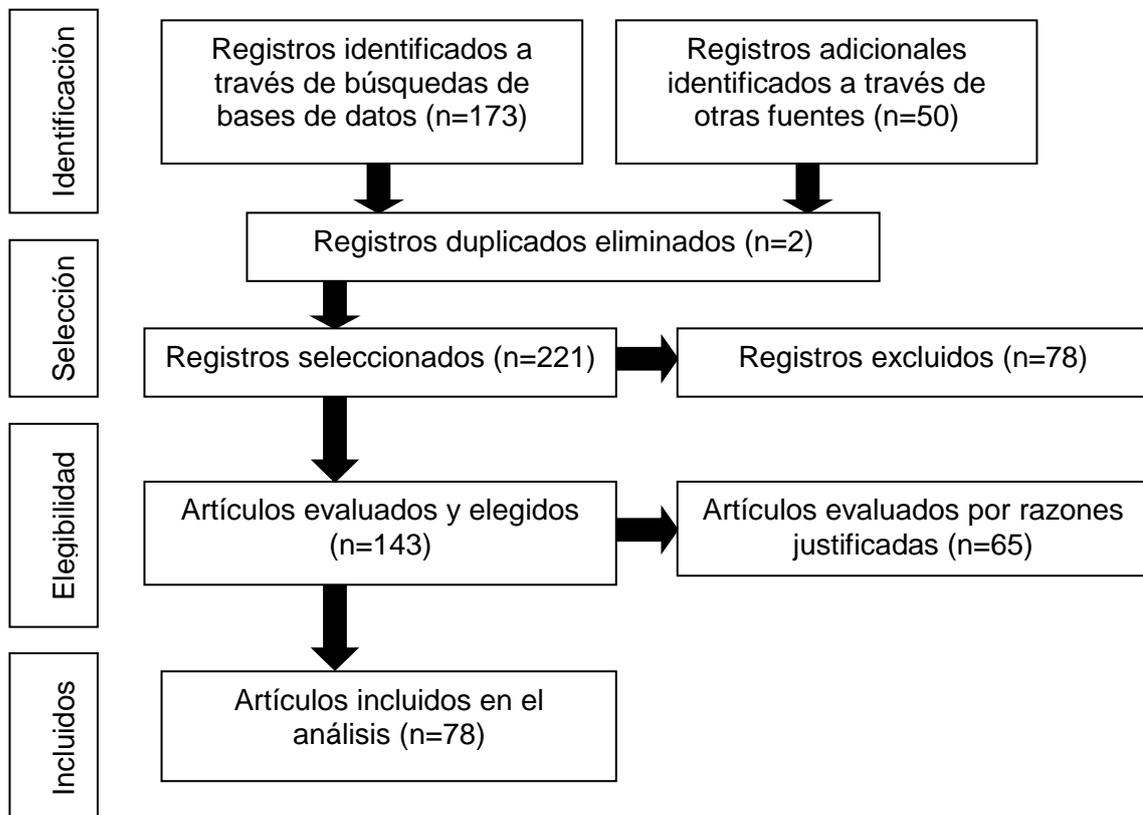
4.1 Proceso de selección bibliográfica

En lo referente a la búsqueda bibliográfica, el marco teórico ha sido elaborado a partir de las recopilaciones de diferentes bases de datos (PUBMED, CINAHL y búsqueda generalizada) sobre los conceptos clave del trabajo, como son los beneficios de la LM, el rol de enfermería y las posibles barreras a la LM.

En PUBMED, las palabras clave utilizadas fueron *breastfeeding and benefits and 6 months*, con los filtros de antigüedad de 5 años, texto completo, humanos y edad (19-44 años).

En CINAHL, la búsqueda se basó en las palabras clave *breastfeeding and nurse and support*, con los filtros de antigüedad 5 años, texto completo y edad (19-44 años). Se realizó otra búsqueda con las palabras clave *breastfeeding and in public*, y los filtros de antigüedad 5 años y texto completo. Una tercera búsqueda en esta base de datos se centró en las palabras clave *breasfeeding and barriers*, con los filtros de antigüedad 5 años y texto completo.

Figura 2. Fases de selección de las obras para la construcción del marco teórico





Además, en la fase exploratoria, se realizó también una búsqueda generalizada de diferentes fuentes de datos, como la página web de la OMS y el Instituto Nacional de Estadística.

A partir de los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica primaria, se ha optado por complementarla con una estrategia de bola de nieve siguiendo el hilo de las referencias que podrían ser de interés a la hora de construir el marco teórico y que, sin embargo, no habían sido identificadas previamente. Esto amplió el campo de lectura y aportó a nuestro trabajo otras fuentes de información y documentos relevantes.

4.2 Proceso de obtención de datos

Este trabajo es un estudio observacional descriptivo de tipo transversal. Se focaliza en el estudio de la LM a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017. La ENS es una encuesta quinquenal que se realiza ininterrumpidamente desde 1987 y está a cargo del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar de España. Con un muestro aleatorio estratificado y un tamaño muestral de 37.500 viviendas, es estadísticamente representativa de la población no institucionalizada residente en España.

Consta de una entrevista personal domiciliaria a adultos (y otra a menores de 15 años, si los hay), y de otro cuestionario conjunto para el hogar. Si una vivienda está constituida por dos o más hogares, el estudio se extiende a todos ellos, pero de manera independiente en cada hogar.

El período de recogida de información para la encuesta 2017 se extendió a lo largo de un año, desde octubre de 2016 hasta octubre de 2017.

El objetivo de la encuesta es monitorizar el estado de salud, los comportamientos relacionados con la salud y el uso u acceso a los servicios sanitarios de la población residente en España. Si bien la Encuesta Nacional de Salud es una herramienta especialmente útil, especialmente a la hora de obtener datos estadísticamente representativos, presenta algunas limitaciones encontradas en el estudio en primer lugar las relacionamos con la encuesta nacional de salud. En su metodología se especifica que sólo se incluye un menor de cada hogar, escogido por sorteo, sin contar por lo tanto con información sobre el resto. Por otro lado, al tratarse de una muestra elevada, los indicadores estadísticos tienden a encontrar relaciones de asociación entre variables aun habiendo pequeñas diferencias.

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



La información recogida por la encuesta se divide en tres cuestionarios: cuestionario de hogar, de adultos (15 años o más) y menores (de 0 a 14 años). En el caso de los hogares con menores, la selección de estos últimos se realiza mediante un procedimiento aleatorio, por lo que la información se refiere a uno de los menores que hay en el hogar.

La encuesta incluye preguntas organizadas en diferentes módulos. El primer módulo trata sobre el estado de salud (estado de salud general morbilidad, accidentalidad, aspectos relacionados con la actividad y calidad de vida y finaliza con la salud mental). El siguiente módulo aborda aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, en relación a asistencia a consultas, hospitalizaciones y consumo de medicamentos. El tercer módulo trata de los determinantes de la salud, sobre características físicas, descanso y actividad física, alimentación, higiene dental y exposición al humo del tabaco.

En el caso de los menores de 5 años, el apartado de alimentación incluye un conjunto de preguntas sobre la LM, que se convierten en nuestro trabajo en las variables clave. Concretamente, sobre si ha recibido LM, la duración, si ha recibido LME, su duración, si ha recibido LA y su edad de inicio.

Los resultados que se muestran en este trabajo han sido obtenidos a partir del programa de distribución libre PSPP, previa descarga de los ficheros de microdatos ofrecidos por el INE. Los resultados han sido ponderados a partir de la variable específica construida por el INE para garantizar la adecuación de la muestra a la población española. Todos los cruzamientos bivariantes son estadísticamente significativos con un nivel de confianza del 95% y medidos a partir del estadístico chi cuadrado.



5. Resultados

El análisis estadístico de este trabajo se ha orientado en las siguientes tres direcciones:

- a) En primer lugar, una evaluación descriptiva univariable de la distribución, por frecuencias, de la lactancia, en función de su tipología (materna, materna en exclusiva y artificial) y del tiempo de duración.
- b) En segundo lugar, un análisis bivariado de la asociación entre el tipo de lactancia (y su duración) con determinadas variables de salud de los menores, como el estado de salud general, variables referentes a los hábitos de alimentación, el IMC, el hábito de higiene dental y su clase social.
- c) En tercer lugar, una evaluación de la asociación del tipo de lactancia y su duración con los perfiles sociales de las madres.

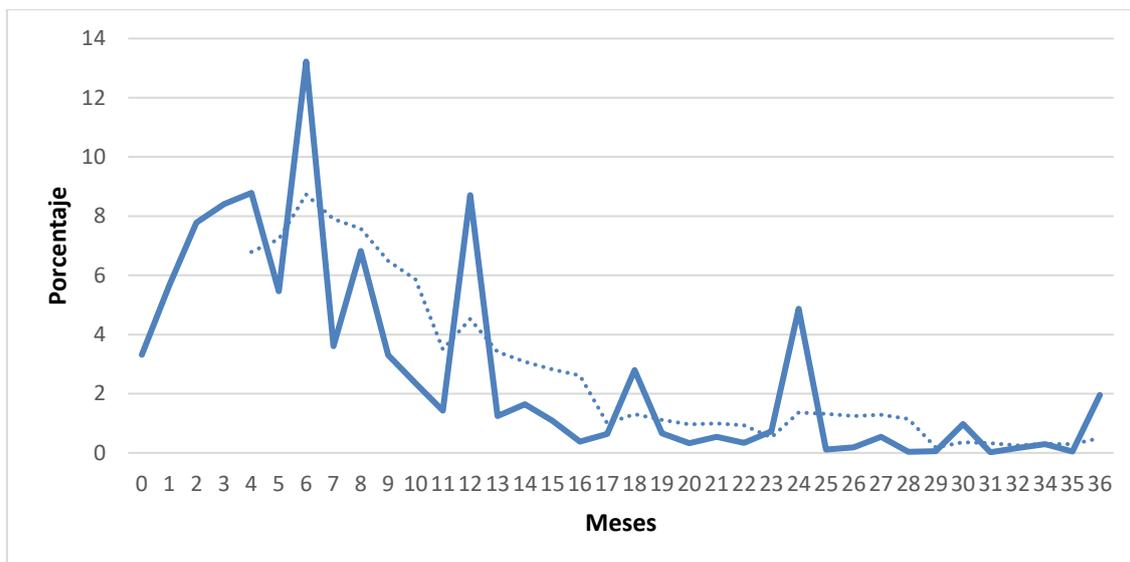
Para los puntos b y c, se realiza el cálculo de la razón de prevalencia. Además, se ofrecen los resultados de la prueba de independencia basada en el chi cuadrado, así como de indicadores para medir la fuerza de la asociación. Los gráficos de los resultados de estos apartados se encuentran en anexos.

5.1. Una visión global a la lactancia materna

En 2017, el 81,1% de los menores seleccionados ha recibido LM durante los primeros meses de su vida. La finalización media de la LM se sitúa en los 8,9 meses. La mediana (esto es, el valor a partir del cual la población se divide en dos mitades iguales), sin embargo, se sitúa en 6 meses: el 53,4% de los menores han recibido la LM durante un máximo de 6 meses, y el 46,6% restante la ha recibido de manera más prolongada. De hecho, los 6 meses también representan el valor modal, esto es: el valor más habitual a partir del cual se deja de dar la LM (13,4%).



Figura 3. Edades de finalización de la LM, en meses. Menores de 5 años. La línea discontinua indica el valor medio por tramos de cinco meses. España, 2017



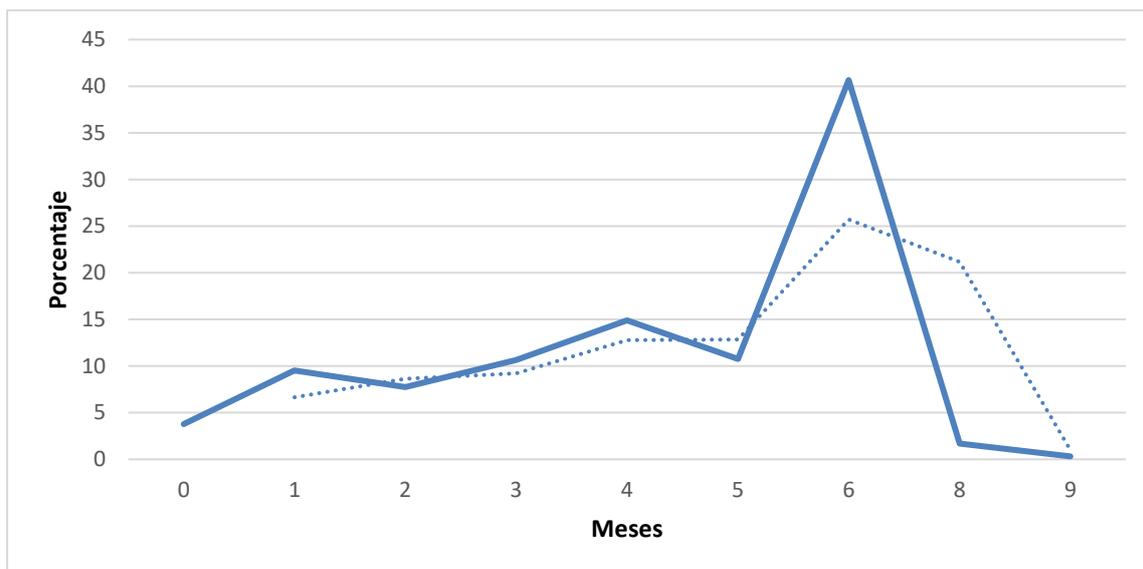
Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

Entre los menores que han recibido LM, en un 85,8% de los casos ésta ha sido, por lo menos durante algún tiempo, su único alimento y bebida (LME). Esto excluye agua, zumos, leches artificiales y cualquier alimento. Sí se incluyen, sin embargo, vitaminas, minerales y medicamentos. El 14,2% restante, por lo tanto, ha recibido LX o LA desde el principio.

La duración media de la LM en exclusiva es de 4,3 meses, y la mediana se sitúa en 5. Sin embargo, el valor más habitual han sido los 6 meses (40,7% del total). Esto significa que, a partir de los 6 meses de edad, es poco habitual que se prosiga con la LM en exclusiva (únicamente un 2% de los casos).



Figura 4. Edades de finalización de la LM exclusiva, en meses. Menores de 5 años. La línea discontinua indica el valor medio por tramos de cinco meses. España, 2017

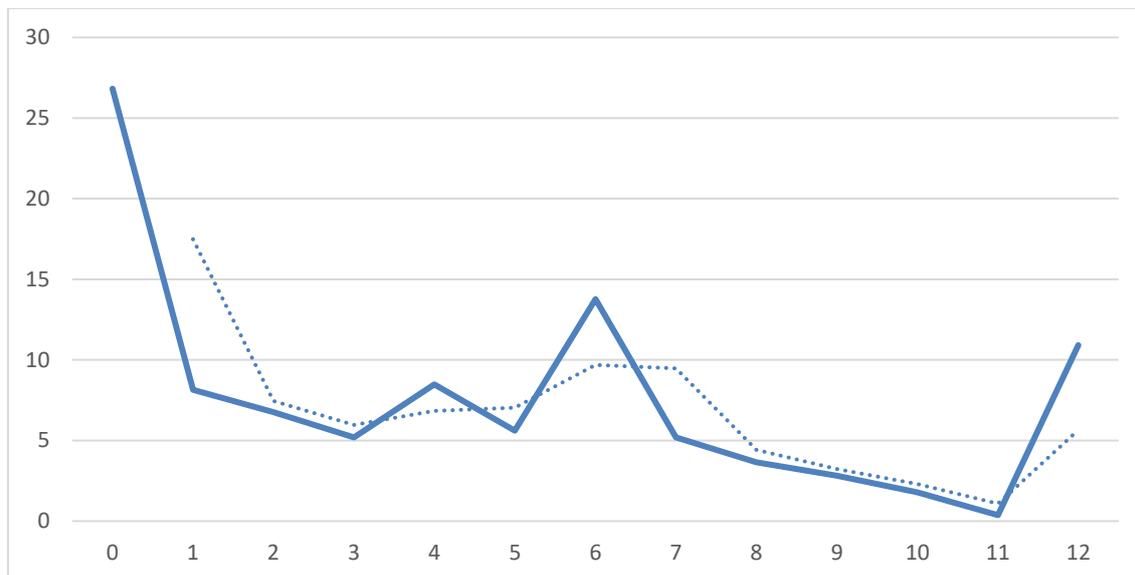


Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

En lo que refiere a la LA, el 71,1% de los menores la ha recibido, siendo la edad media de inicio los 4,3 meses y la mediana los 4 meses. Estos valores difieren en función de si el menor ha recibido durante algún tiempo LM en exclusiva o si siempre ha recibido, por lo menos, LX. En caso de haber recibido LM, la de edad de inicio de la LA se sitúa en los 5,0 meses. Si la LM se ha realizado, por lo menos durante algún tiempo, con exclusividad, la edad media de inicio de la LA se retrasa aproximadamente medio mes, hasta los 5,4 meses.



Figura 5. Edades de inicio de la LA (únicamente entre los menores de 5 años que han recibido LA), en meses. La línea discontinua indica el valor medio por tramos de cinco meses. España, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

Se han evaluado también los resultados de lactancia en función del sexo del menor. La probabilidad de alargar la LM es mayor si el bebé es de sexo femenino: el 48% realizan una lactancia superior a los 6 meses, por un 45,2% en caso de sexo masculino. Lo mismo sucede, aunque en menor diferencia, en el caso de la LME: el 43,3% y el 42,1%, respectivamente, alcanzan los 6 meses exclusivamente con alimentación por vía de la LM.

Así, la edad media de finalización de la LM es de 8,4 meses en los bebés masculinos y de un mes más (9,5 meses) en los bebés de sexo femenino. En el caso de la lactancia exclusiva (LME), los datos son similares para ambos sexos y no presentan diferencias estadísticamente significativas (4,3 meses). Esto indica que para las bebés de sexo femenino se tiende a prolongar durante más tiempo el periodo en el que reciben la LM, independientemente de si la alimentación se complementa por otras vías.

5.2. Lactancia materna y estado de salud de los menores

Como hemos indicado, un segundo enfoque de este trabajo se ha orientado a estudiar la relación que se establece entre los tipos y periodos de lactancia con determinadas variables relativas a la salud del menor. Para ello se han dividido los menores en dos grupos, para dos variables:



- a) Según la duración de la LM (de baja duración, esto es, de hasta 6 meses; y de larga duración si se superan los 6 meses).
- b) Según la duración de la LME (de baja duración, esto es, de menos de 6 meses; y de larga duración si se alcanzan los 6 meses).

5.2.1. El estado de salud general

Según los resultados, al comparar el estado de salud de los menores según si han recibido LM o LME de baja o larga duración no parecen existir diferencias sustanciales entre la duración de la LM (y LME) y el estado de salud del menor. El 93,9% de los menores que reciben una LM de baja duración presentan un estado de salud bueno o muy bueno, por un 91,7% entre los que la han recibido de larga duración. Esto implica que, entre los menores con LM de larga duración, la probabilidad de tener un estado de salud regular, malo o muy malo sea 2,2 puntos superior. Los datos no muestran si los problemas de salud ya eran anteriores a la finalización de la LM, esto es: no podemos identificar si la prolongación de la LM podría actuar aquí como un mecanismo defensivo. Las medidas de asociación indican la existencia de esta, si bien esto era probable teniendo en cuenta el tamaño de la muestra. Mientras tanto, el indicador de fuerza de asociación (hemos utilizado aquí gamma, para datos ordinales), Los razón relativos sobre la posibilidad de tener un estado de salud bueno o muy bueno son superiores a 1 para los grupos expuestos a la baja duración de la lactancia¹.

Tabla 2. *RP del estado general de salud en función de la LM y LME de baja duración. Menores de 5 años. España, 2017*

	Bueno o muy bueno	Regular, malo o muy malo
Lactancia materna de baja duración	1,02*	0,73*
Lactancia materna exclusiva de baja duración	1,02*	0,80*

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

¹ La lectura de esta tabla, y de las otras que completan este apartado 5.2, debe hacerse de la siguiente manera. Cada valor de razón de prevalencia compara los resultados para cada categoría (por ejemplo, estado de salud bueno o muy bueno) entre los menores que han recibido lactancia materna de baja duración respecto a los que la han recibido durante un tiempo prolongado. Así, valores superiores a 1 indican que el factor de exposición (que aquí es el hecho de haber recibido lactancia de baja duración) está asociado a una mayor probabilidad de que se dé la categoría concreta que se analiza. Valores inferiores a 1 indican lo contrario, mientras que valores de 1 indican que no existe asociación entre la presencia del factor de exposición y los resultados de la categoría.



*El RP es significativamente distinto de 1 (NC 95%).

LM: $X^2=9968,7$; $p<0,000$; $\gamma=0,066$

LME: $X^2=6588,5$; $p<0,000$; $\gamma=0,032$

5.2.2 El tipo de alimentación

El factor de exposición (es decir, una baja duración de la LM y de la LME) aparece asociado a un mayor riesgo de que el menor desayune fuera de casa (RP 1,7 y 1,5) y, sobre todo, de no desayunar (RP 7,2 y 10,7). Opuestamente, se vincula a una menor probabilidad de desayunar en casa (con unos RR inferiores a 1), que por tanto está asociado a una prolongación de la lactancia.

Así, la mayor parte de menores desayuna en casa (94,7%), siendo esto más probable entre los que han tenido una LM de larga duración (96,7%). Lo mismo sucede con la lactancia en exclusiva, que aparece asociada a una mayor probabilidad de desayunar en casa para los menores (96,3% respecto a 92,9%). El porcentaje de menores que desayuna fuera de casa o que no desayunan es superior entre aquellos que han recibido una LM de baja duración (5,3% y 2%) que entre los que la han recibido de alta duración (3,1% y 0,3%). La asociación es estadísticamente significativa, y la fuerza de la asociación -si bien es moderada- es de las más elevadas registradas en las variables que hemos incorporado a nuestro análisis. Además, como se observa, es de tipo negativo, lo que vincula la lactancia de baja duración con las categorías relativas a no desayunar o a hacerlo fuera de casa.

Tabla 3. *RP de desayunar en casa, fuera o no desayunar en función de la LM y LME de baja duración. Menores de 5 años. España, 2017*

	En casa	Fuera de casa	No desayuna
Lactancia materna de baja duración	0,96*	1,7*	7,2*
Lactancia materna exclusiva de baja duración	0,96*	1,5*	10,7*

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

*El RP es significativamente distinto de 1 (NC 95%).

LM: $X^2=14413,9$; $p<0,000$; $\gamma=-0,394$

LME: $X^2=10851,7$; $p<0,000$; $\gamma=-0,332$

Comparando la composición del desayuno según la duración de la lactancia, las razones de prevalencia son próximos a 1 en todos los casos. Las diferencias son escasas para los dos grupos de LM. Lo mismo sucede para los grupos de LME,



excepto en una categoría: sí se identifica una asociación entre la duración de la LM y el consumo de fruta o zumo durante el desayuno. El RP 0,653 indica unas menores probabilidades de consumo de este tipo de alimentos entre los menores que han recibido LM de baja duración, en comparación con los que han recibido LM de alta duración.

Tabla 4. *RP de composición del desayuno en función de la duración de la LM y LME. Menores de 5 años. España, 2017*

	Leche, chocolate, cacao, yogur, café, té	Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería	Fruta o zumo
Lactancia materna de baja duración	0,99	1	0,65*
Lactancia materna exclusiva de baja duración	0,99	0,97*	0,94*

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

*El RP es significativamente distinto de 1 (NC 95%).

Al ser de respuesta múltiple, esta tabla es, en realidad, una simplificación de tres tablas de contingencia distintas. La evaluación del estadístico X^2 apunta a la existencia de asociación estadísticamente significativa entre todas las categorías, excepto para el consumo de pan, tostadas, galletas, cereales, bollería en función de la duración de la LM (alta o baja duración). La mayor fuerza se establece entre la duración de la LM y el consumo de fruta.

5.2.3 El Índice de Masa Corporal

Agrupando el IMC de los menores en cuatro categorías (1: bajo peso; 2: peso normal; 3: sobrepeso y 4: obesidad) y comparándolo según si han recibido LM de baja o larga duración, los datos muestran que la LM de baja duración está asociada a una mayor probabilidad de bajo peso (RP = 1,25) y de obesidad (RP = 1,06), mientras que la LM de larga duración lo está con el peso normal (RP = 0,90), que es la situación predominante, y sobrepeso (RP = 0,88).

La probabilidad de tener un peso normal es más alta entre los menores que recibieron LM de alta duración (47%) que entre los que no (42,2%). En cambio, el sobrepeso y, sobre todo, el bajo peso, aparecen asociados a la menor duración de la lactancia: en este segundo caso, afecta al 25,5% de los menores que recibieron LM de corta duración, por un 20,4% de los que la recibieron de larga duración.



La asociación es estadísticamente significativa, pero la fuerza es pobre. Si separamos la categoría peso normal del resto, entonces la fuerza de la asociación aumenta ligeramente, como se esperaba puesto que se define de manera más nítida el modelo.

Tabla 5. *RP de tener una categoría de IMC en función de la duración de la LM y LME. Menores de 5 años. España, 2017*

	1	2	3	4
Lactancia materna de baja duración	1,25*	0,90*	0,88*	1,06*
Lactancia materna exclusiva de baja duración	1,21*	0,91*	0,86*	1,11*

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

*El RP es significativamente distinto de 1 (NC 95%).

LM: $X^2=443,1$; $p<0,000$; $\gamma=0,047$

LME: $X^2=3465,9$; $p<0,000$; $\gamma=0,029$

5.2.4 La higiene dental

La LM de baja duración aparece asociada a unas mayores probabilidades de que el menor no se cepille nunca los dientes (RP = 1,1 tanto para LM como para LME), y a unas menores probabilidades que lo haga dos o más veces al día (RP 0,91 y RP 0,93).

El 50,3% de los menores que recibieron LM de corta duración se cepilla los dientes por lo menos dos veces al día, porcentaje que aumenta en 5 puntos (55,2%) para los que recibieron LM durante más de 6 meses.

Tabla 6. *RP de cepillarse con poca frecuencia los dientes en función de la duración de la LM y LME. Menores de 5 años. España, 2017*

	Nunca	Por lo menos una vez al día	Dos o más veces al día
Lactancia materna de baja duración	1,1*	1,01*	0,91*
Lactancia materna exclusiva de baja duración	1,1*	0,99	0,93*

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

*El RP es significativamente distinto de 1 (NC 95%).

LM: $X^2=1769,8$; $p<0,000$; $\gamma=0,098$

LME: $X^2=982,0$; $p<0,000$; $\gamma=0,077$



5.3. Lactancia materna y perfil social de las madres

Para este último análisis, que refiere al perfil social de las madres, se han eliminado los menores de 1 año, para así reducir los casos que pueden estar recibiendo lactancia en el momento de la encuesta. La evaluación del perfil de las madres se ha focalizado en cuatro dimensiones: el lugar de nacimiento, la edad en el momento del parto, la clase social y el hábito de fumar.

5.3.1 El lugar de nacimiento

El hecho de que la madre haya nacido fuera de España está asociado a una mayor probabilidad de prolongación de la LM, también en exclusiva. Las razones de prevalencia indican que la probabilidad de dejar la lactancia (y la lactancia exclusiva) como máximo a los 6 meses son superiores entre las nacidas en España (RP = 1,35 y 1,25) que entre las nacidas en el extranjero (RP = 0,75 y 0,80)².

El 44,2% de las madres nacidas en España ha ofrecido lactancia durante más de 6 meses, por un 58,7% de las madres nacidas fuera de España. Estos porcentajes se mantienen para el caso de la LME. La asociación es estadísticamente significativa, y la fuerza de asociación -si bien se mantiene en unos niveles bajos, es de las más elevadas entre las variables incorporadas.

Tabla 7. RP de lactancia de baja duración en función del lugar de nacimiento de la madre. Menores de 5 años y mayores de 1. España, 2017

	España	Extranjero
Lactancia materna de baja duración	1,35*	0,75*
Lactancia materna exclusiva de baja duración	1,25*	0,80*

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

*El RP es significativamente distinto de 1 (NC 95%).

LM: $X^2=24318,4$; $p<0,000$; $\gamma=0,222$

LME: $X^2=6769,6$; $p<0,000$; $\gamma=0,129$

² La lectura de esta tabla, y de las otras que completan este apartado 5.3, debe hacerse de la siguiente manera. Cada valor de razón de prevalencia indica, para cada categoría (por ejemplo, el lugar de nacimiento) los resultados sobre lactancia materna de baja duración. Así, valores superiores a 1 (como el 1,35 de la primera casilla) indican que el factor de exposición (por ejemplo, haber nacido en España) está asociado a una mayor probabilidad de que se dé una baja duración de la lactancia materna. Valores inferiores a 1 indican lo contrario, mientras que valores de 1 indican que no existe asociación entre la presencia del factor de exposición y los resultados de la categoría.



5.3.2 La edad de las madres

En lo que refiere a la edad de la madre en el momento del parto, los resultados indican que edades bajas (excepto para la LME) y altas están asociadas a una mayor probabilidad de abandonar la lactancia en un período corto después del parto. Las edades de maternidad con mayor probabilidad de alargar la LM se sitúan en los grupos de 25 a 29 años y de 30 a 34 años mientras que para la LME son de 20 a 24 años y de 30 a 34. Estos que hemos citado son los únicos casos en los que se supera el 50% de lactancia de larga duración. En todo caso, si bien la asociación bivariante es estadísticamente significativa, la fuerza es baja.

Tabla 8. *RP de lactancia de baja duración en función de la edad. Menores de 5 años y mayores de 1. España, 2017*

	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44
Lactancia materna de baja duración	1,14*	0,90*	0,92*	1,13*	1,09*
Lactancia materna exclusiva de baja duración	0,83*	1,07*	0,90*	1,07*	1,10*

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

*El RP es significativamente distinto de 1 (NC 95%).

LM: $X^2=9955,0$; $p<0,000$; $\gamma=0,041$

LME: $X^2=9291,6$; $p<0,000$; $\gamma=0,028$

5.3.3 La clase social del hogar

La evaluación de la clase social se basa en la categorización que hace la Sociedad Española de la Epidemiología, en los siguientes seis niveles:

G1. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.

G2. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

G3. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

G4. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.

G5. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.



G6. Trabajadores/as no cualificados/as

No parece encontrarse una relación clara. La LM de baja duración es más probable en los grupos menos acomodados (4, 5 y 6) pero también en el grupo 1. En cambio, es más probable que la LM sea más prolongada en los grupos intermedios: (2 y 3, superando en ambos casos el 50%). Los grupos 1 y 2 son los que más probabilidades presentan de alargar la LME, siendo también los únicos donde que superan el 50%, esto es, donde lo más probable es que la LM sea de larga duración.

Tabla 9. *RP de lactancia de baja duración en función de la clase social. Menores de 5 años y mayores de 1. España, 2017*

	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Lactancia materna de baja duración	1,02*	0,80*	0,94*	1,02*	1,06*	1,05*
Lactancia materna exclusiva de baja duración	0,81*	0,84*	1,01	0,97*	1,08*	1,15*

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

*El RP es significativamente distinto de 1 (NC 95%).

LM: $X^2=14338,0$; $p<0,000$; $\gamma=-0,048$

LME: $X^2=12440,6$; $p<0,000$; $\gamma=0,079$

5.3.4 El hábito de fumar

Por último, las probabilidades de que la lactancia sea de baja duración aumentan entre las madres que declaran fumar a diario. El 58,9% de ellas abandona la LM antes de los 6 meses (45,5% para las que no fuman o no lo hacen a diario). Las razones de prevalencia son similares también para la LME, si bien, en este caso aumentan las probabilidades de lactancia de baja duración (61,2% y 49,5%, respectivamente).

Estas diferencias se reducen cuando restringimos el margen de edad del menor, esto es, cuando el parto ha sido más reciente al momento de captación de los datos, lo que se vincularía con una mayor probabilidad de reducir el consumo de tabaco en los meses próximos al parto. Además de existir una relación estadísticamente significativa, la fuerza es de las más elevadas entre las variables analizadas en este trabajo.

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



Tabla 10. *RP de lactancia de baja duración en función del hábito de fumar. Menores de 5 años y mayores de 1. España, 2017*

	Sí, a diario	No a diario
Lactancia materna de baja duración	1,29*	0,76*
Lactancia materna exclusiva de baja duración	1,24*	0,77*

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2017

*El RP es significativamente distinto de 1 (NC 95%).

LM: $X^2=10492,5$; $p<0,000$; $\gamma=0,263$

LME: $X^2=7245,9,3$; $p<0,000$; $\gamma=0,234$



6. Discusión

En los resultados, se ha observado que un 81,1% de la muestra ha recibido LM durante los primeros meses, de los cuáles un 85,8% la ha recibido de manera exclusiva alguna vez. El tiempo medio de LME es de 4,3 meses. El pico máximo de abandono se sitúa a los 6 meses, que es el momento recomendado por distintas instituciones (AEP, 2016; OMS, 2017 & UNICEF, 2018). Si hablamos de la LM y su duración diferenciando entre el sexo de los menores, en los resultados se muestra una probabilidad mayor de alargar la LM en el caso de las niñas, sucediendo lo mismo en el caso de LME pero con menor diferencia. Niño et al. (2012) encontraron asociación entre el sexo femenino y el mayor éxito de LME hasta los 6 meses.

Son distintas las aportaciones de la literatura científica sobre los posibles factores de abandono de la LM antes de la edad recomendada. Algunos autores dan explicaciones como la falta de confianza de las mujeres que hace que abandonen durante la primera semana postparto (Rubio et al., 2016). Colen & Ramey (2014) comentan que las actitudes, valores y creencias de los sanitarios juegan un papel muy importante en la promoción de LME, y si éstos no son los adecuadas pueden convertirse en factores de abandono de la LM. La manera en que los profesionales abordan la LM con las embarazadas o madres también parece importante. Elliot-Rudder et al. (2014) defienden el estilo de entrevista motivacional, que intenta empoderar a la mujer en el proceso, permitiendo que exprese en voz alta sus dudas, miedos, elementos facilitadores y estrategias para conseguir su objetivo. En este sentido, el estudio de Pound et al. (2014), el 71% de pediatras, obstetras y ginecólogos canadienses que participaron se sintieron con poca o ninguna formación en relación a la LM, lo que podría ser una línea de investigación específica para el caso de España. Por otra parte, hemos visto que los profesionales de la salud tienen un rol importante a la hora de promover la LM, y en el apoyo a la madre o pareja, pero en ocasiones el desarrollo de este rol no es del todo adecuado y se debería adaptar una promoción añadiendo la dimensión psicosocial, a parte de las normativa y la técnica (Silva et al., 2015).

Como sugieren (Rios-Ellis et al., 2015), la barrera idiomática entre sanitarios y pacientes, en este caso embarazadas o madres, también constituye una dificultad para la LM, y superarla puede ayudar a aumentar las tasas de lactancia logrando la adherencia de las madres a las visitas facilitando su comprensión. En nuestro entorno cercano esto también ocurre, ya que en nuestra provincia existe un porcentaje alto de inmigrantes. Rubio-Rico, Roca, De Molina & Viladrich (2014), tras analizar el discurso de los adultos magrebís respecto el uso a los niños como traductores, proponen la



organización de recursos de traducción y actividades de capacitación en idiomas para los adultos en la comunidad para superar esta barrera idiomática. Una posibilidad propuesta es la incorporación de traductores en el sistema sanitario mediante la coordinación de educación y sanidad. En este sentido, se reitera la necesidad de participación gubernamental y la implicación política para invertir en estos recursos.

Otro aspecto que puede influenciar la elección del tipo de lactancia y su abandono es la información que deforma la realidad de la LM, con origen en experiencias familiares, mitos, blogs o webs de internet (Lutenbacher et al., 2016). Además, la exposición a fórmulas comerciales en las consultas de los profesionales estaría contribuyendo a una mayor interrupción de LM respecto si las madres no han sido expuestas a dichas fórmulas (Howard et al., 2000). Estas fórmulas son el primer escalón de tratamiento cuando existe una pérdida de peso en el recién nacido en los hospitales, perjudicando -según parece- la LM (Odom et al., 2013).

En relación con la salud, Thompson et al. (2013) comentan que el IMC previo al embarazo también influye en la elección del tipo de lactancia, siendo el bajo peso y la obesidad factores barrera en el inicio de la LM. Sabemos que en España las tasas de obesidad y sobrepeso son altas (Aranceta et al., 2016), y podrían jugar un papel importante en las mujeres a la hora de elegir la alimentación de los bebés. Grassley & Eschitti (2008) también le dan importancia a la opinión de la pareja y la familia de la madre, que pueden suponer un apoyo o una barrera.

Por otro lado tenemos el retraso del piel con piel post parto, con un retraso significativo de la LM y un aumento de la alimentación complementaria, debido a las cesárea (U.S. Department of Health and Human Services, 2011; Rowe-Murray & Fisher, 2002 & Pérez-Escamilla, Maulen-Radovan et al., 1996).

Focalizando la atención en el mismo hospital, la gran cantidad de intervenciones e interrupciones que sufren madre-bebé también son factores que pueden impedir un asentamiento fuerte de la LM debido a la falta de intimidad, de descanso y otros factores, ya sea tanto por los profesionales como por los familiares y amigos (Mylod, 2015).

Estos resultados tienen relación con las recomendaciones de LME de las diferentes entidades (AEP, 2016; OMS, 2017 & UNICEF, 2018). Éstas recomiendan LME durante los 6 primeros meses de vida, y a partir de ese momento habría que complementarla con la introducción de otros alimentos, conociéndose que la LME es la mejor opción para fomentar una salud óptima para los bebés. En nuestro país, se observa una caída de la LME a partir de los 6 meses, coincidiendo con el pico de inicio de la LA. Este



abandono de la LME podría estar justificado por las dificultades de su mantenimiento causadas por las diferentes barreras encontradas por otras investigaciones.

Un dato relevante acerca de la LM y la LME es el incremento de sus tasas en las últimas décadas. Se observa un incremento de la LME a los 6 meses del 32,6% en 1995 hasta 46,9 % en 2012 en nuestro país. Esta tendencia al aumento se corresponde con lo observado a nivel mundial, como se muestra en el documento de la INCAP, FAO, ONU, OPS/OMS, PMA, UNFPA & UNICEF (2016), donde se observa un incremento de las tasas de LME generales des del 24,9% en 1993 al 35,7% en 2013.

En nuestros resultados no parece establecerse relación entre la duración de la LM y el estado general de salud. Una posible explicación se relaciona con el hecho de que el estado de salud tiene un carácter multifactorial. Por ejemplo, Villar (2011) habla de un conjunto de determinantes de la salud en diferentes ámbitos tanto personales como sociales, económicos y ambientales. Los divide en dos grandes grupos: determinantes que son responsabilidad multisectorial del estado, que agrupa determinantes económicos, sociales y políticos, y por otro lado los determinantes de la salud desde el punto de vista del sector sanitario, estos engloban: medio ambiente (factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, factores socio-culturales y psicosociales); estilos de vida (hábitos personales y de grupo como la alimentación, la actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, uso de los servicios de salud, etc.); biología humana (aspectos genéticos y de edad del individuo) y atención sanitaria (relacionado con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones). Por tanto, no podemos relacionar estadísticamente el estado de salud del general únicamente con el tipo de lactancia y su duración.

Sin embargo, en la literatura sí se asocia la LM con variables y parámetros de salud específicos. Anderson et al. (1999) y el metaanálisis de AHRQ (2007) relacionan la LM con mayor desarrollo cognitivo. Hamosh (2001) y el Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie (2005) la consideran factor protector de infecciones, disminuyendo las tasas de morbilidad y mortalidad por infecciones en lactantes que reciben LM. El metaanálisis de la OMS (2007b) asocia la LM con menores valores de PA, colesterol total, menor prevalencia de peso, obesidad y diabetes tipo 2. Existen muchos más estudios que hablan de la LM como factor protector de enfermedades y mejoras en parámetros de salud. Posiblemente, un estudio de cohortes o de casos controles sería una herramienta de mayor utilidad para este enfoque que el que posibilita una encuesta de tipo descriptivo.



El IMC es un parámetro fácil de medir y muy usado en la salud. Nuestros resultados muestran que la LM de baja duración está asociada a una mayor probabilidad de bajo peso y de obesidad, mientras que la LM de larga duración lo está con el peso normal y sobrepeso. Estos resultados se corresponden con los encontrados por otros estudios anteriores, Prentice et al. (2016) concluyen en su estudio que la LM se asocia inversamente con el aumento de peso, IMC y adiposidad de los 3 a los 12 meses. En el estudio de Jarpa, Cerda, Terrazas & Cano (2015) también se relaciona la LM como factor protector de malnutrición, reduciéndose las probabilidades de sobrepeso y obesidad.

En relación a la clase social o nivel socioeconómico, los resultados muestran que las clases sociales menos adineradas tienen más probabilidad de mantener menos tiempo la LM. Sin embargo, en el estudio de Quirós (2008) sucede lo contrario, y las clases más adineradas son las que se relacionan con menor prevalencia de LM. En nuestro caso, esta situación se reproduce únicamente para el grupo 1, que presenta una de las tasas de LM más bajas. Ciertamente es que en la última década la incorporación de la mujer en el mundo laboral ha aumentado, y las condiciones y facilidades en los casos de embarazo y lactancia están en continuo desarrollo. Haría falta más investigación e información para poder asociar la LM y LME y su adherencia con el nivel socioeconómico de las madres en los años más recientes.

Hemos establecido también relación entre la LM y los hábitos del menor. Los resultados nos muestran que una menor duración de la LM se asocia con mayor riesgo de desayunar fuera de casa o no desayunar, además también se ha asociado con una frecuencia menor de cepillado de dientes.

El hábito tabáquico constituye una barrera importante para la instauración de la lactancia, como vieron Rozas et al. (2008) las mujeres fumadoras tienden a dar menos el pecho y durante menos meses. En nuestro análisis también se relaciona el hábito tabáquico de fumar a diario con las probabilidades de que la lactancia sea de baja duración. El abandono de la lactancia también es mayor entre las fumadoras a diario.



7. Conclusiones

Este trabajo ha abordado el estudio de la LM en España. Los antecedentes establecen distintos factores que se consideran barreras para una buena adherencia y prolongación en el tiempo de la LM, como la situación personal-familiar, sociocultural y profesional del hogar.

Los datos analizados apuntan en este sentido en algunas dimensiones, mientras que en otras la relación no parece tan evidente.

Por ejemplo, hemos encontrado relaciones positivas respecto a la asociación de mayor duración de LM con indicadores de salud como el IMC del menor, la calidad del desayuno y en los hábitos de higiene dental. En nuestro estudio la LM se relaciona con el indicador de salud IMC, mejorándolo en la infancia. Sabemos que un IMC fuera de los parámetros normales aumenta la probabilidad de padecer gran cantidad de patologías y problemas. Otros resultados no parecen claros (como los relacionados con el estado general de salud del menor), si bien tampoco parece que cuestionen lo que los antecedentes han concluido.

En relación a los condicionantes para la madre, aquellos contextos que favorezcan la disponibilidad de tiempo parecen vincularse con una mayor duración de LM, si bien la multitud de factores que inciden en este aspecto requiere de un futuro análisis específico. Otra línea de ampliación a plantearnos en un futuro sería un análisis longitudinal, incorporando los microdatos de anteriores encuestas de la Encuesta Nacional de Salud (de 1987 a 2012, quinquenales) para complementar lo evaluado con los datos de 2017. Así mismo, un tercer enfoque se basaría en la adopción de nuevas perspectivas metodológicas, como las basadas en los estudios de cohortes y de casos-contróles, para alcanzar niveles más robustos de validez interna que permitieran establecer relaciones de causalidad (por ejemplo, entre tipos de lactancia y estado de salud del menor).

A modo de punto y final, entendemos que el rol del profesional sanitario es tratar de controlar los factores que estén a su alcance, empezando desde la formación y conocimiento de aspectos básicos en relación a la lactancia, hasta una supervisión y apoyo continuo del proceso. Por otro lado, la política, sociedad y cultura influyen en gran medida en el estigma de la lactancia y en su normalización. Por ello, las políticas deberían tomar las riendas y promover y apoyar la LM, con el objetivo de mejorar la salud de la población.



8. Referencias bibliográficas

- Abbass-Dick, J., Stern, S.B., Nelson, L.E., Watson, W. & Dennis, C.L. (2015). Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 135(1), 102–110. Doi: 10.1542/peds.2014-1416
- Academy of Breastfeeding Medicine. Protocol # 11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. New Rochelle, NY. Recuperado de <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/11-neonatal-ankyloglossia-protocol-english.pdf>
- Agency for healthcare Research and Quality (AHRQ) (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcome in developed countries. AHRQ Publication N°07-E007. Recuperado de <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>
- Amir, L.H., James, J.P. & Donath, S.M. (2006). Reliability of the Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. *International Breastfeed Journal*, 1(3). Doi: 10.1186/1746-4358-1-3
- Anderson J. W., Johnstone B. M. & Remley, D. T. (1999) Breast-feeding and cognitive development: a meta- analysis. *American Journal Clinical Nutrition*, 4(70), 525-535. Doi: 10.1093/ajcn/70.4.525
- Anstey, E. H., MacGowan, C. A., & Allen, J. A. (2016). Five-Year Progress Update on the Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding, 2011. *Journal of Women's Health*, 25(8), 768–776. Doi: 10.1089/jwh.2016.5990
- Aranceta, J., Pérez, C., Aberdi, G., Ramos, N. & Lázaro, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta español (25-65 años) 2014-2015: Estudio ENPE Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity in the Spanish Adult Population (Aged 25-64 Years) 2014-2015: The ENPE Study. *Revista Española de Cardiología*, 69(6), 579-587. Doi: 10.1016/j.recesp.2016.02.010
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood – ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537–546. Doi: 10.1111/scs.12367
- Bevan, G. & Brown, M. (2014). Interventions in exclusive breastfeeding: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(2), 2006–2009. Doi: 10.12968/bjon.2014.23.2.86
- Bylaska-Davies, P. (2015). Exploring the Effect of Mass Media on Perceptions of Infant Feeding. *Health Care for Women International*, 36(9), 1056–1070. Doi: 10.1080/07399332.2015.1005304



- Cleminson, J., Oddie, S., Renfrew, M. J. & McGuire, W. (2015). Being baby friendly: Evidence-based breastfeeding support. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, 100(2), 173–178. Doi: 10.1136/archdischild-2013-304873
- Colen, C. & Ramey, D. (2014). Is breast truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons. *Social Science & Medicine*, 109, 55–65. Doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.027
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *The Lancet*; 360(9328), 187-195. Doi : 10.1016/S0140-6736(02)09454-0
- Comité de Lactancia Materna de la AEP (2016). Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
- Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie (2013). Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de Pédiatrie*, 20(2), 29-48. Doi: 10.1016/S0929-693X(13)72251-6
- Del Bono, E. & Rabe, B. (2012). Breastfeeding and child cognitive outcomes: Evidence from a hospital-based breastfeeding support policy. *ISER Working Paper Series*, 12, 2012–2029. Recuperado de: <https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/working-papers/iser/2012-29.pdf>
- Dixit, A., Feldman-Winter, L. & Szucs, K. A. (2015). “Frustrated,” “Depressed,” and “Devastated” pediatric trainees: US Academic Medical Centers Fail to provide adequate workplace breastfeeding support. *Journal of Human Lactation*, 31(2), 240–248. Doi: 10.1177/0890334414568119
- Dunn, R. L., Kalich, K. A., Henning, M. J. & Fedrizzi, R. (2014) Engaging Field-Based Professionals in a Qualitative Assessment of Barriers and Positive Contributors to Breastfeeding Using the Social Ecological Model. *Maternal Child Health Journal*, 19(1), 6-16. Doi: 10.1007/s10995-014-1488-x
- Elliott-Rudder, M., Pilotto, L., McIntyre, E. & Ramanathan, S. (2014) Motivational interviewing improves exclusive breastfeeding in an Australian randomised controlled trial. *Acta Paediatrica*, 103(1), 11–16. Doi: 10.1111/apa.12434
- Encuestas Nacional de Salud 1995, 2001, 2006, 2012. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>



- Estévez, M. D., Martell, D., Medina, R., García, E. & Saavedra, P. (2002). Factores asociados con el abandono de la lactancia materna. *Anales de Pediatría*, 56(2), 144-150. Doi: 10.1016/S1695-4033(02)78944-3
- Finnish TRIGR Study Group (2010). Dietary intervention in infancy and later signs of beta- cell autoimmunity. *The New England Journal of Medicine*, 363(20), 1900-1908. Doi: 10.1056/NEJMoa1004809
- Grassley, J. & Eschiti, V. (2008). Grandmother breastfeeding support: What do mothers need and want? *Birth*, 35(4), 329–335. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00260.x
- Grummer-Strawn, L. M., Shealy, K. R., Perrine, C. G., MacGowan, C., Grossniklaus, D. A., Scanlon, K. S. & Murphy, P. E. (2013). Maternity Care Practices That Support Breastfeeding: CDC Efforts to Encourage Quality Improvement. *Journal of Women's Health*, 22(2), 107–112. Doi: 10.1089/jwh.2012.4158
- Gunderson, E., Quesenberry, C., Ning, X., Jacobs, D., Gross, M., Goff, D., Pletcher, M. & Lewis, C. (2015). Lactation Duration and Midlife Atherosclerosis. *Obstetrics & Gynecology*, 126(2), 381–390. Doi: 10.1097/AOG.0000000000000919.
- Hamosh, M. (2001) Bioactive factors in human milk. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 69- 86. Doi: 10.1016/S0031-3955(05)70286-8
- Howard, C., Howard, F., Lawrence, R., Andresen, E., DeBlieck, E. & Weitzman, M. (2000). Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstetrics and Gynecology*, 95(2) 296–303. Doi: 0.1016/S0029-7844(99)00555-4.
- INCAP, FAO, ONU, OPS/OMS, PMA, UNFPA & UNICEF (2016) Primera Serie 2016 Sobre Lactancia Materna Edición en español. *The Lancet*, 387, 475-504. Recuperado de: http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/publicaciones-conjuntas-con-otras-instituciones/doc_view/782-the-lancet-serie-sobre-lactancia-materna-2016-espanol?fbclid=IwAR0om6ds1InmTI2MP9fXEAcVBzyL7xYSR35iB6_qzif7Pn5-W_50e6OFbtA
- Jarpa, C., Cerda, J., Terrazas, C. & Cano, C. (2015). Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(1), 32-37. Doi: 10.1016/j.rchipe.2015.04.006
- Kearns, A. D., Castro, M. C., Lourenço, B. H., Augusto, R. A. & Cardoso, M. A. (2016). Factors Associated with Age at Breastfeeding Cessation in Amazonian Infants: Applying a Proximal–Distal Framework. *Maternal and Child Health Journal*, 20(7), 1539–1548. Doi: 10.1007/s10995-016-1953-9
- Kunz, C., Rudloff, S., Baier W., Klein, N. & Strobel, S. (2000). Oligosaccharides in human milk: structural, functional and metabolic aspects. *Annual Review of Nutrition*; 20, 699-722. Doi: 10.1146/annurev.nutr.20.1.699



- Langer-Gould, A., Smith, J., Hellwig, K., Gonzales, E., Haraszti, S., Koebnick, C. & Xiang, A. (2017). Breastfeeding, ovulatory years, and risk of multiple sclerosis. *Neurology*, 89(6), 563–569. Doi: 10.1212/WNL.0000000000004207
- Lozano, M. J. (2014). Lactancia Materna. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. 279-286. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
- Luan, N., Wu, Q., Gong, T., Vogtmann, E., Wang, Y. & Lin, B. (2013). Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 98(4), 1020–1031. Doi: 10.3945/ajcn.113.062794
- Lutenbacher, M., Karp, S.M., & Moore, E.R. (2016). Reflections of Black Women Who Choose to Breastfeed: Influences, Challenges and Supports. *Maternal and Child Health Journal*, 20(2), 231-239. Doi: 10.1007/s10995-015-1822-y
- Moore, E.R., Anderson, G.C. & Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborns infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(5). Doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub2
- Moreno, J. M., Galiano, M. J. (2006). El desarrollo de los hábitos alimentarios en el lactante y el niño pequeño. Sentido y sensibilidad. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 8(1), 11-25. Recuperado de: http://archivos.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPpy3lkHeV2u3Mlcb7DuVCQg
- Morrison, B., Ludington-Hoe, S. & Anderson, G.C. (2006). Interruptions to breastfeeding dyads on postpartum day 1 in a university hospital. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(6), 709–716. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00095.x
- Mulready-Ward, C. & Hackett, M. (2014). Perception and attitudes: Breastfeeding in public in New York City. *Journal of Human Lactation*, 30(2), 195–200. Doi: 10.1177/0890334414524988
- Mylod, D. (2015). Breast feeding a sick child; Can social media influence practice? *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 38(2), 77–84. Doi: 10.3109/01460862.2015.1009584
- NEOVITA Study group (2016). Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: Prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *The Lancet Global Health*, 4(4), 266–275. Doi: 10.1016/S2214-109X(16)00040-1
- Nickel, N.C., Labbok, M.H., Hudgens, M.G. & Daniels, J.L. (2013). The extent that noncompliance with the ten steps to successful breastfeeding influences breastfeeding duration. *Journal of Human Lactation*, 29(1), 59–70. Doi: 10.1177/0890334412464695



- Niño, R., Silva, G., & Atalah, E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*, 83(2), 161–169. Doi: 10.4067/S0370-41062012000200007
- Odom, E.C., Li, R., Scanlon, K.S., Perrine, C.G. & Grummer-Strawn, L. (2013). Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*, 131(3), 726-732. Doi: 10.1542/peds.2012-1295.
- OMS (2017). 10 datos sobre lactancia materna. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
- Owen C.G., Whincup P.H., Odoki K., Gilg, J.A. & Cook D.G. (2002). Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics*, 110(3), 597-608. Doi: 10.1542/peds.110.3.597
- Pérez-Escamilla, R., Maulen-Radovan, I. & Dewey, K.G. (1996) The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *American Journal of Public Health*, 86(6), 832–836. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380403/>
- Peters, S., Yang, L., Guo, Y., Chen, Y., Bian, Z., Du, J... & Chen, Z. (2017). Breastfeeding and the Risk of Maternal Cardiovascular Disease: A Prospective Study of 300 000 Chinese Women. *Journal of the American Heart Association*, 6(6). Doi: 10.1161/JAHA.117.006081
- Pound, C.M., Williams, K., Grenon, R., Aglipay, M. & Plint, A.C. (2014) Breastfeeding knowledge, confidence, beliefs, and attitudes of Canadian physicians. *Journal of Human Lactation*, 30(3), 298–309. Doi: 10.1177/0890334414535507
- Prentice, P., Ong, K. , Schoemaker, M., Van Tol, E., Vervoort, J., Hughes, I. A... & Dunger, D. B. (2016). Breast milk nutrient content and infancy growth. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 105(6), 641–647. Doi: 10.1111/apa.13362
- PROBIT Study Group (2002). Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *American Academy of Pediatrics*, 110(2), 343-347. Doi: 10.1542/peds.110.2.343
- Quirós, C. (2008). Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Revista de Enfermería Actual*, (15). Recuperado de: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>
- Real Academia Española (RAE). (2018). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=MIXKq2y> y de <http://dle.rae.es/?id=Objdbnb>
- Rios-Ellis, B., Nguyen-Rodriguez, S. T., Espinoza, L., Galvez, G. & Garcia-Vega, M. (2015). Engaging Community with Promotores de Salud to Support Infant Nutrition and Breastfeeding Among Latinas Residing in Los Angeles County: Salud con Hyland?.



- Health Care for Women International*, 36(6), 711–729. Doi: 10.1080/07399332.2014.900060
- Rowe-Murray, H.J. & Fisher, J.R. (2002). Baby-friendly hospital practices: Cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*, 29(2), 124–131. Doi: 10.1046/j.1523-536X.2002.00172.x
- Rozas, M.R., Costa, J., Francés, L., Paulí, A., León, C., Baila, M. & Rueda, F. (2008). Modificaciones en el consumo de tabaco durante la gestación y el postparto. *Matronas profesionales*, 9(3): 13-20. Doi: 10.1016/S0210-573X(08)75103-7
- Rubio, D., Li, J., Nemecek, M. & Chang, J. C. (2014). NIH Public Access, 122(6), 1263–1270. Doi: 10.1097/01.AOG.0000435453.93732.a6.Characteristics
- Rubio, L., Roca, A., De Molina, I. & Valdrich, M. M. (2014). Maghrebi minors as translators in health services in Tarragona (Spain): a qualitative study of the discourse of the Maghrebi adults. *International Journal for Equity in Health*, 3(14). Doi: 10.1186/s12939-015-0275-7
- Sayers, R. (2014). Breast is best: Just maybe in private? *British Journal of General Practice*, 64(618), 44-45. Doi: 10.3399/bjgp14X676573
- Scott, J., Kwok, Y., Synnott, K., Bogue, J., Amarri, S., Norin, E., ... & Edwards, C. A. (2015). A comparison of maternal attitudes to breastfeeding in public and the association with breastfeeding duration in four European countries: Results of a cohort study. *Birth*, 42(1), 78–85. Doi: 10.1111/birt.12138
- Sheehan, A., Schmied, V. & Barclay, I. (2010). Complex decisions: Theorizing women's infant feeding decision in the first 6 weeks after birth. *Journal of Advanced Nursing*; 66(2), 371–380. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05194.x
- Silva, R., Batoca, E. & Marques, D. (2015). Mothers "perceptcion of nurses" breastfeeding promotion practices. *Revista de Enfermagem*, 4(6), 65-73. Doi: 10.12707/RIV14077
- Sriraman, N. K. & Kellams, A. (2016). Breastfeeding: What are the Barriers? Why Women Struggle to Achieve Their Goals. *Journal of Women's Health*, 25(7), 714–722. Doi: 10.1089/jwh.2014.5059
- Susiloretni, K., Hadi, H., Prabandari, Y., Soenarto, Y. & Wilopo, S.A. (2015). What Works to Improve Duration of Exclusive Breastfeeding: Lessons from the Exclusive Breastfeeding Promotion Program in Rural Indonesia. *Maternal and Child Health Journal*, 19(7), 1515–1525. Doi: 10.1007/s10995-014-1656-z
- Thompson, L., Zhang, Black, E., Das, R., Ryngaert, M., Sullivan, S. & Roth, J. (2013). The association of maternal pre-pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Maternal and Child Health Journal*, 17(10), 1842–1851. Doi: 10.1007/s10995-012-1204-7

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



- UNICEF (2018). 1 de cada 5 bebés no recibe lactancia materna en los países ricos. Recuperado de <https://www.unicef.es/prensa/1-de-cada-5-bebes-no-recibe-leche-materna-en-los-paises-ricos>
- UNICEF. The State of the World's Children reports, years 1998, 2004, 2008 and 2014. Recuperado de: <https://www.unicef.org/sowc98/sowc98.pdf>, <https://www.unicef.org/sowc04/>, <https://www.unicef.org/sowc08/> y https://www.unicef.org/myanmar/SOWC2014_In_Numbers_28_Jan.pdf
- United Nations Children's Fund UNICEF (2016). From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. ISBN: 978-92-806-4852-2. Recuperado en: <http://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeedingpractices/>
- U.S. Department of Health and Human Services (2011). The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. Recuperado de: <https://www.surgeongeneral.gov/library/calls/breastfeeding/index.html>
- Vanderkruik, R., Lemon, E. & Dimidjian, S. (2015). Breastfeeding Support and Messaging: A Call to Integrate Public Health and Psychological Perspectives. *Maternal and Child Health Journal*, 19(12), 2545–2547. Doi: 10.1007/s10995-015-1793-z
- Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A.J., França, G., Horton, S., Krasevec, J...& Walker, N. (2016), Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475-490. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237–241. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172011000400011
- WABA. (2018). Semana Mundial de la Lactancia "Pilar de Vida". Recuperado de: <http://www.colectivolaleche.org/wbw2018-folleto-esp%C3%B1ol.pdf>
- WHO. (2007a). Indicators for assessing infant and young child feeding practices Part 1 Definitions. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf;sequence=1
- WHO. (2007b). Evidence on the long- term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta- analyses. *WHO Press, World Health Organization*, Geneva, Switzerland. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43623>
- WHO & UNICEF (2018). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn service: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE. Recuperado de: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>

LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



Winter, G. (2016). Breastfeeding at home and abroad. *Birth*, 42(1), 78–85. Doi: 10.1111/birt.12138

Zhang, Y., Carlton, E. & Fein, S. (2013). The association of prenatal media marketing exposure recall with breastfeeding intentions, initiation, and duration. *Journal of Human Lactation*, 29(4) 500–509. Doi: 10.1177/0890334413487256



9. Anexos

9.1. Cronograma

Actividades	Set 18	Oct 18	Nov 18	Dic 18	Ene 19	Feb 19	Mar 19	Abr 19	May 19
Organización del trabajo	X								
Tutorías		X	X				X	X	
Comunicación vía telemática	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Búsqueda de documentos	X	X	X						
Ficha resumen de la búsqueda		X	X						
Justificación	X	X							
Diseño del TFG			X						
Marco Teórico			X	X	X	X	X		
Elaboración y análisis de resultados (PSPP)						X	X	X	
Discusión y conclusión								X	X
Entrega TFG y defensa ante el tribunal									X



9.2. Gráficos de resultados

Figura 6. Percepción del estado de salud general según la duración de la LM

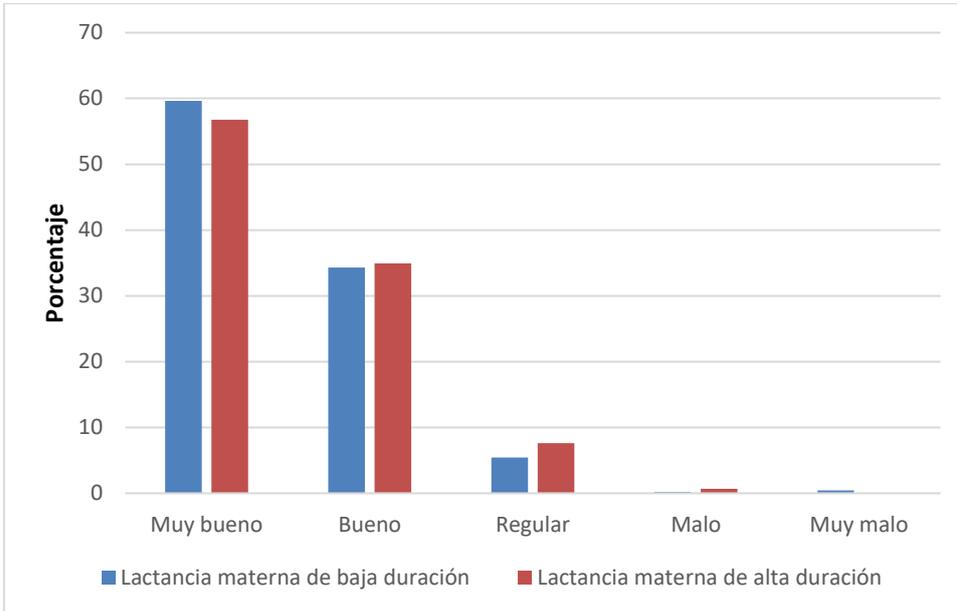


Figura 7. Percepción del estado de salud general según la duración de la LME

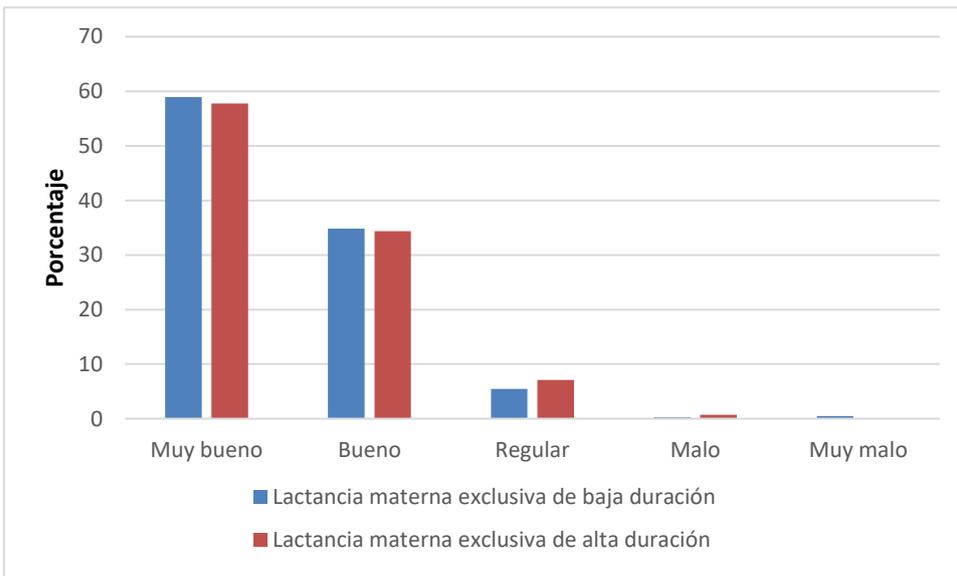




Figura 8. Composición del desayuno en los niños alimentados con LM según su duración

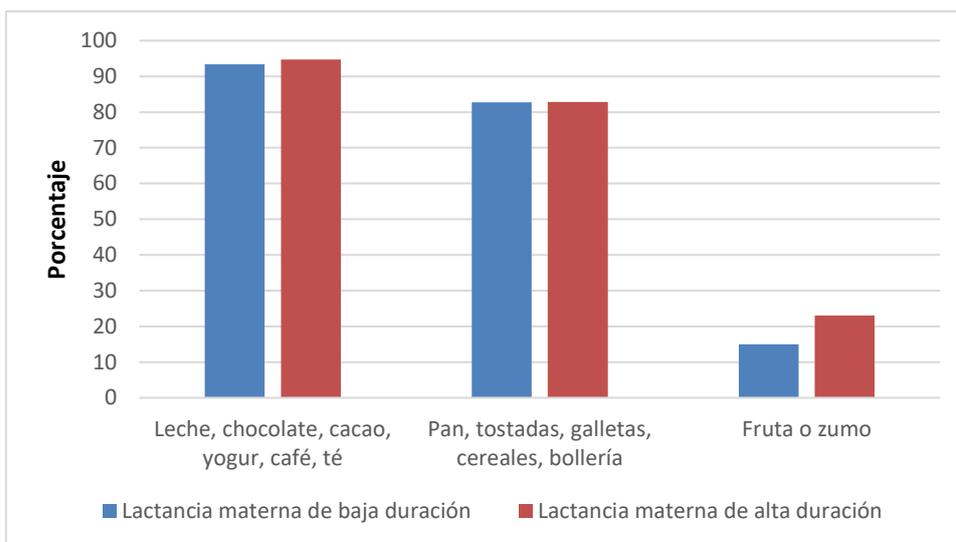


Figura 9. Composición del desayuno en los niños alimentados con LME según su duración

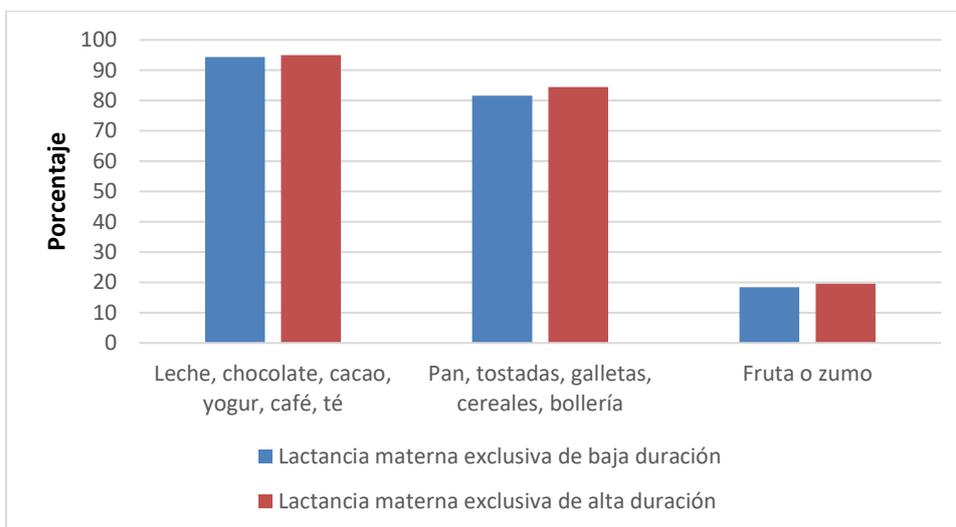




Figura 10. IMC según la duración de la LM

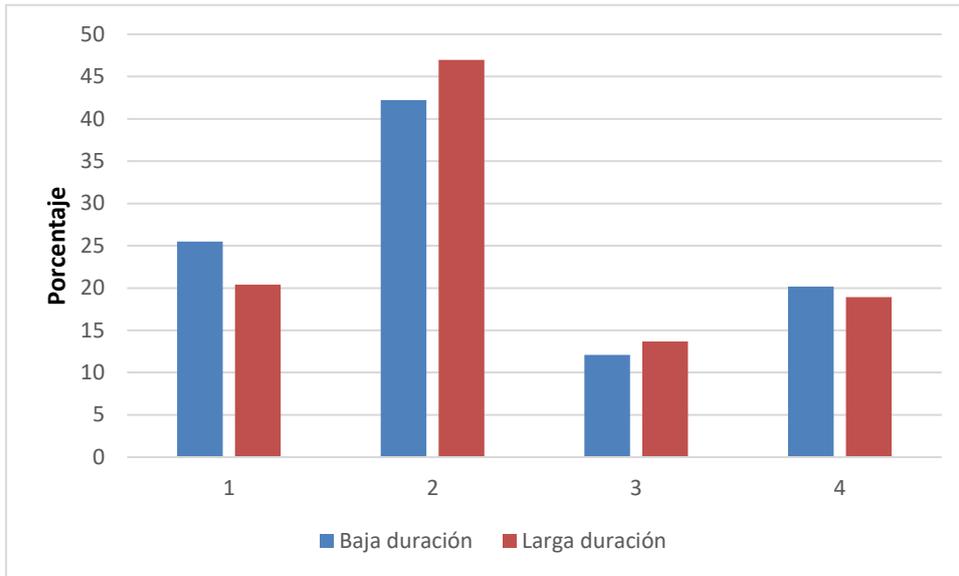


Figura 11. Hábito de higiene dental según duración de la LM

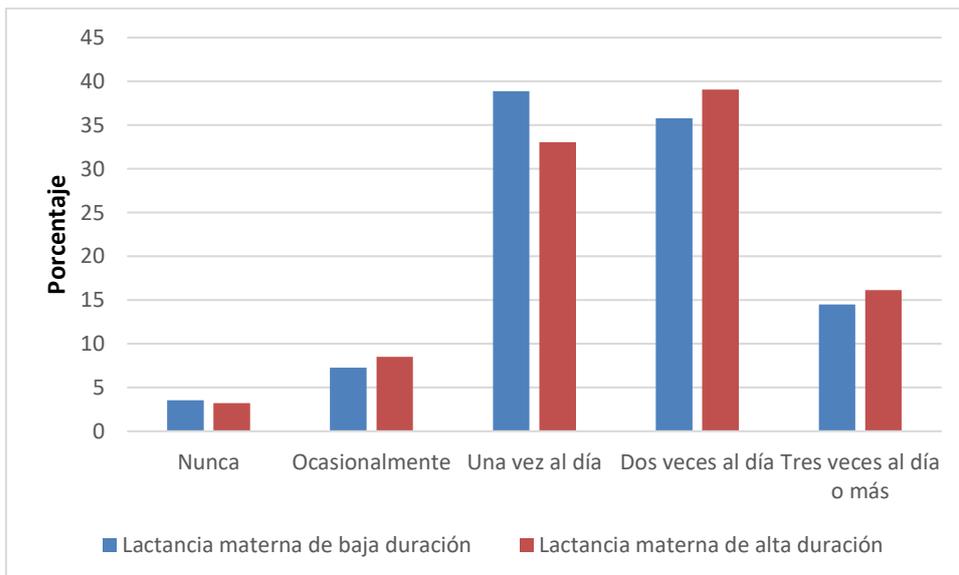




Figura 12. Hábito de higiene dental según duración de la LME

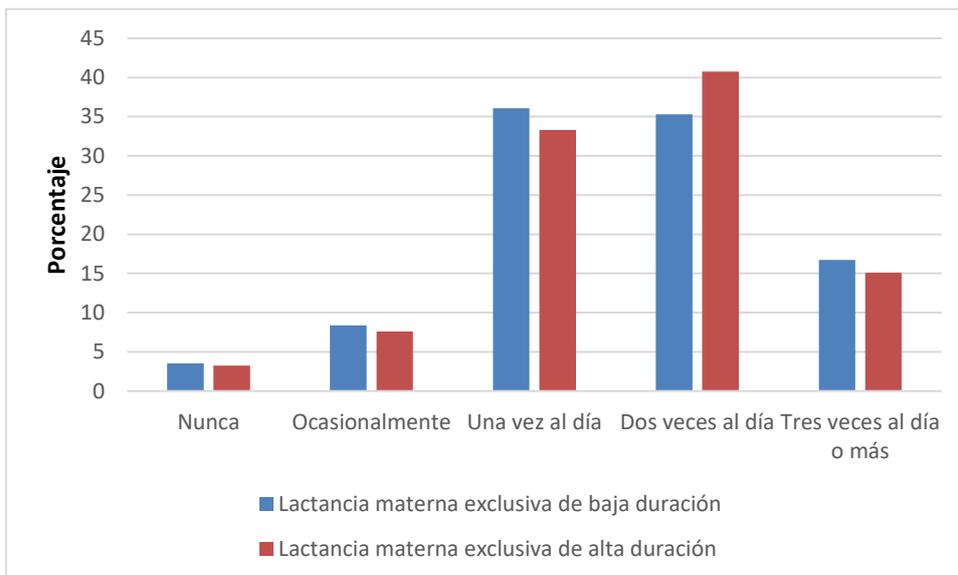
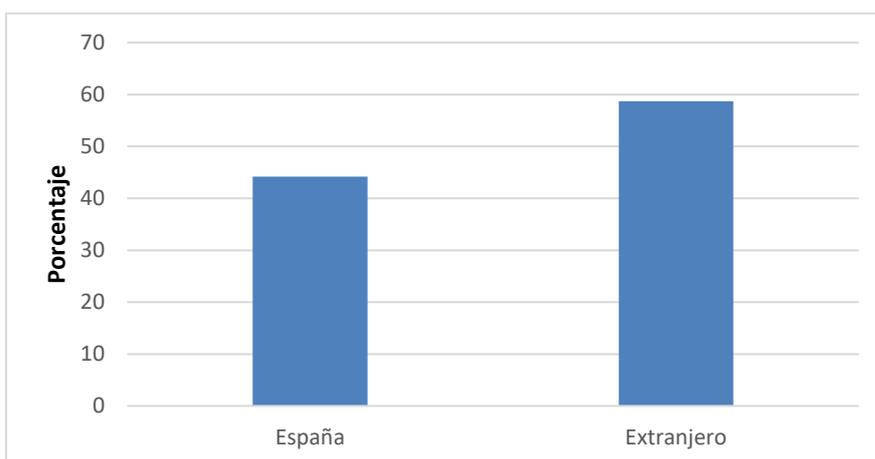


Figura 13. Porcentaje de madres que realizan LM de larga duración según lugar de nacimiento



LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



Figura 14. Porcentaje de madres que realizan LME de larga duración según lugar de nacimiento

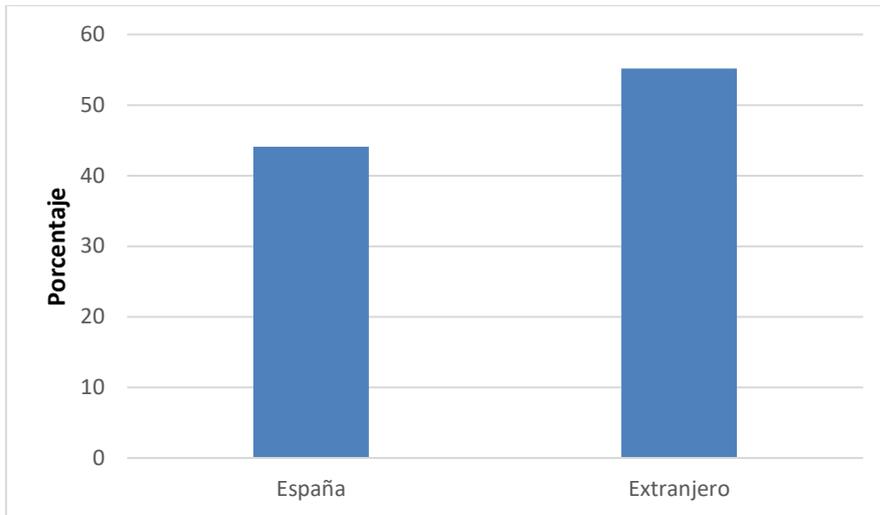
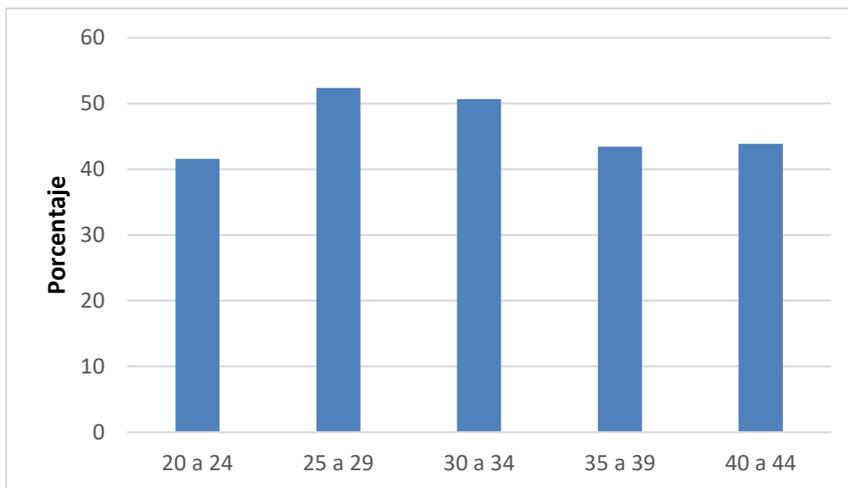


Figura 15. Porcentaje de madres que realizan LM de larga duración según edad en el momento del nacimiento del menor



LACTANCIA MATERNA: BENEFICIOS Y BARRERAS



Figura 16. Porcentaje de madres que realizan LME de larga duración según edad en el momento del nacimiento del menor

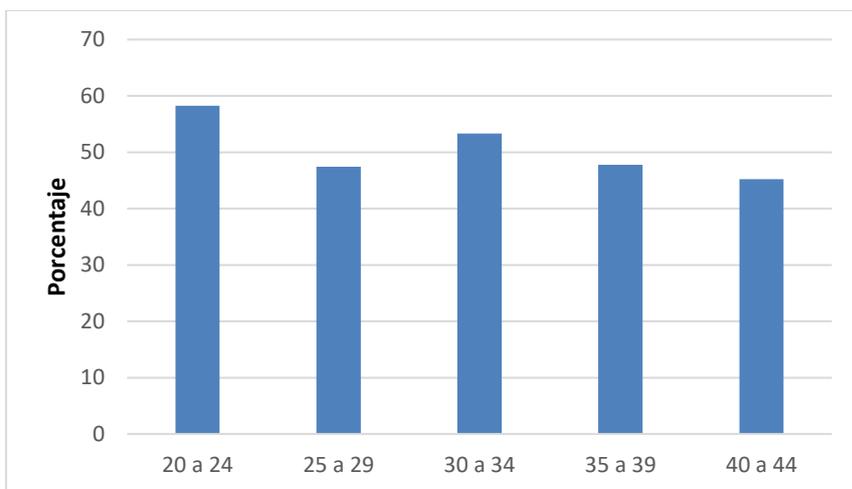


Figura 17. Porcentaje de madres que realizan LM de baja duración según clase social

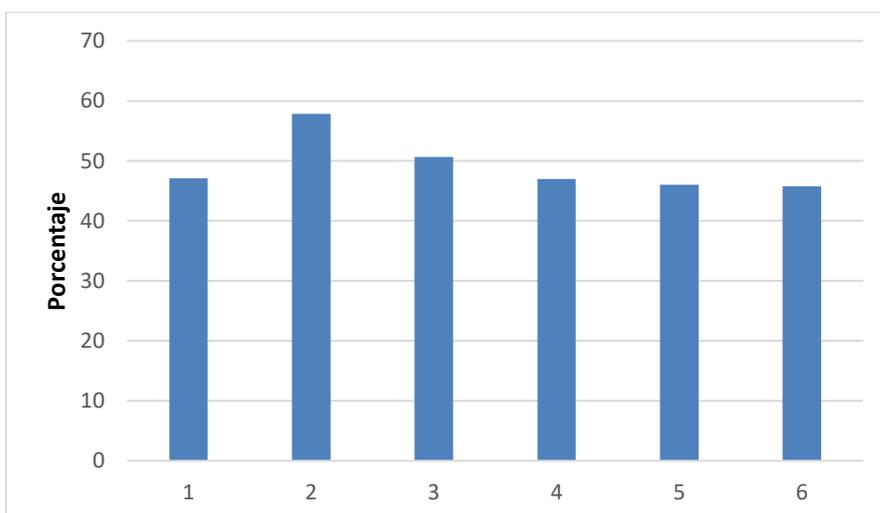


Figura 18. Porcentaje de madres que realizan LME de baja duración según clase social

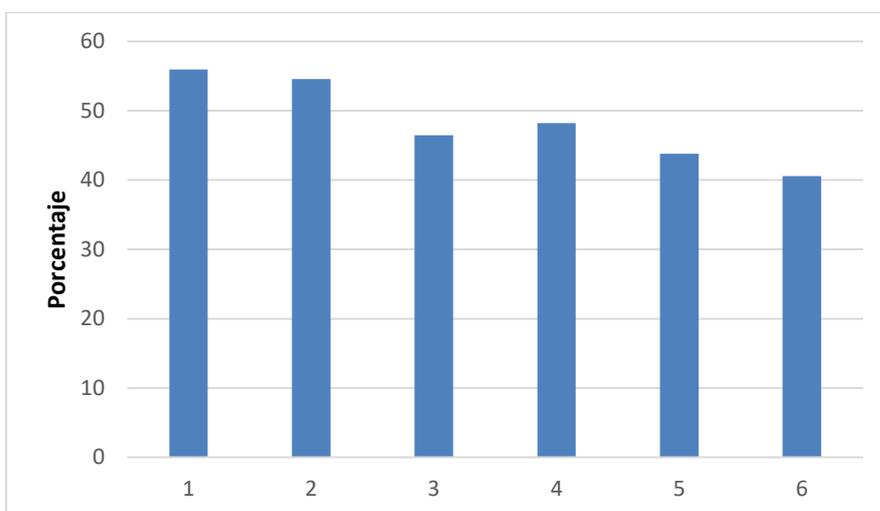




Figura 19. Porcentaje de madres que realizan LM de baja duración según el hábito de fumar

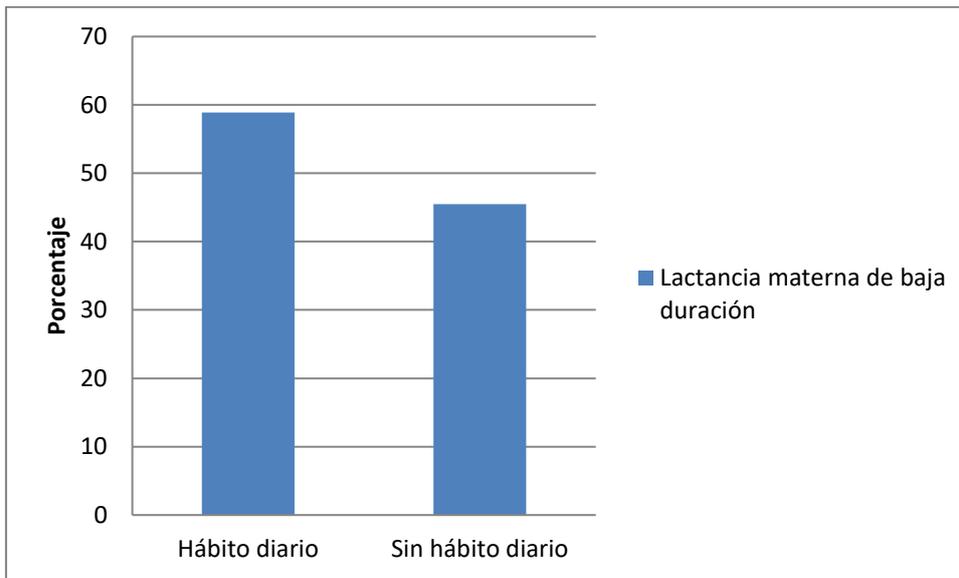


Figura 20. Porcentaje de madres que realizan LME de baja duración según el hábito de fumar

