

Estrategia de Intervención Sanitaria para mejorar la Incidencia y Prevalencia de la Lactancia Materna

TESIS DOCTORAL DE:

Alicia Llorca Porcar

DIRIGIDA POR:

Dr. Francisco Donat Colomer

Dr. Antonio Martínez Sabater



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

FACULTAT D'INFERMERIA I PODOLOGIA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

VALENCIA

Mayo 2018

Estrategia de Intervención Sanitaria para mejorar la Incidencia y Prevalencia de la Lactancia Materna

TESIS DOCTORAL

REALIZADA POR:

Alicia Llorca Porcar

DIRIGIDA POR:

Dr. Francisco Donat Colomer

Dr. Antonio Martínez Sabater



FACULTAT D'INFERMERIA I PODOLOGIA

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

VALENCIA

Mayo 2018

DEDICATORIA

DEDICADO EN ESPECIAL:

A PEDRO, A IRENE, A DAVID Y A SHEILA.

A MIS PADRES (TONICA Y PEPE), A MIS SUEGROS (MERCEDES Y PEDRO) Y A MANOLA.

A TODA MI FAMILIA, A MIS COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS, A MIS AMIGOS Y AMIGAS.

A TODAS LAS PERSONAS QUE DÍA A DÍA SUPERAN LAS DIFICULTADES, TANTO DE SALUD COMO DE OTRO TIPO Y A QUIENES LES AYUDAN A SUPERARLAS.

A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CLUB DE MAMA Y UNIDAD FUNCIONAL DE MAMA DEL CHGUV Y A LOS COMPONENTES Y COLABORADORES DEL EQUIPO DRAGON BOAT BCS VALENCIA.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, manifiesto un sincero agradecimiento a mis directores, el Dr. Francisco Donat Colomer y el Dr. Antonio Martínez Sabater, ambos profesores del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de Valencia. Expongo mi gratitud por aceptar dirigir mi tesis y apoyar el hecho de que la realizara sobre un tema que yo considero de vital importancia para la población infantil. También, les agradezco todo el tiempo que me han dedicado, su respaldo, su apoyo, sus sugerencias e ideas y su paciencia, ya que me han sabido guiar a pesar de que a veces he tenido algunas ideas obstinadas.

A su vez quiero expresar un gran reconocimiento y gratificación al Dr. Joaquín Aldás Manzano, Catedrático Vicerrector de Estrategia, Calidad y Tecnologías de la Información de la Universidad de Valencia, por sus contribuciones desinteresadas, por sus consejos en la elaboración de la encuesta, por su gran ayuda en el análisis estadístico y en la elaboración de los resultados de esta tesis, además de por todas las dudas que me ha resuelto las múltiples veces que se lo he solicitado.

También tengo mucho que agradecer a:

- La Dra. Isabel Trapero por su inestimable ayuda relacionada con el tiempo de finalización de esta tesis.
- Pedro Serrano Carballo por su colaboración, soporte y horas invertidas en la realización de este trabajo, además de por su apoyo en todos los aspectos de mi vida tanto personal como profesional, sin su respaldo nunca hubiese acabado ni esta tesis ni muchos de los proyectos que he llevado a cabo en mi vida.
- Irene Serrano Llorca porque descubrimos juntas, entre otras muchas cosas, un significado especial de la lactancia materna, con tres años me acompañó al primer Congreso Español de lactancia Materna y en la actualidad me ha animado en numerosas ocasiones a finalizar esta Tesis.

- P. David Serrano Llorca porque en su día ayudó a mostrar que la lactancia natural se puede practicar en cualquier lugar de una forma natural y colaboró en el mantenimiento de mi interés por investigar sobre las dificultades en este tipo de alimentación
- Sheila Serrano Llorca, como ejemplo del duro inicio en la vida de los grandes prematuros. Porque con su fortaleza y la lactancia materna, superó todos los obstáculos. Cuando nació no podía ni succionar, pero un tiempo después la lactancia materna pasaría a ser muy importante para ella durante muchos años.
- Mis padres por animarme a estudiar enfermería.
- Pura Porcar Ramírez, Amparo Puchades Simó, Inmaculada Peris Albentosa, Matilde Oriola Flores, Charo Rodríguez, Mercedes Salvi y Laura Caracena Porcar, por colaborar en la validación de la encuesta por el método Delphy y en la recogida de datos.

Estas personas son profesionales de enfermería del Consorcio Hospital General Universitario, expertas en el tema de la lactancia materna por su extensa experiencia profesional, docente e investigadora.

- Todas las mujeres que de forma voluntaria y desinteresada han participado en este estudio y sin las cuales no hubiese sido posible realizar esta tesis.
- Javier Soriano Faura, por la aportación de bibliografía y alguna idea sobre fomento de la lactancia materna.
- Pedro Pimenta y Marisa Ballestar por su ayuda y consejos en metodología.
- Mis compañeras y compañeros de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valencia, en especial a Elena Chover por su apoyo y aportaciones de material y soporte informático, Pablo García, que siempre me ha animado a continuar y, a todas y todos los que de alguna forma me han dado algún tipo de recurso para continuar con la elaboración de esta tesis, Gracia Soto, Toni Pla, Raquel Ginel, Juan Ramón de Moya, Evelin Balaguer, Silvia Corchón, Ana Sola, Carmen Casal, Raquel Valera, M. Ángeles Montán, M. Asunción Obiol, Eduardo Sanjuan, Miguel Alcayde, Omar Cauli, Rosa Fonfría, Manuel Ruescas, Reme Banacloche, Yolanda Martínez, Amparo Segarra ..., y al

resto de compañeros y compañeras, es decir, a todos los componentes de la Facultad de Enfermería y Podología.

- Personal de la biblioteca de las Ciencias de la Salud y personal de la biblioteca de Psicología y Deporte, ambas de la Universidad de Valencia, por su inestimable ayuda con los recursos bibliográficos.
- Mis compañeros y compañeras del Consorcio Hospital General de Valencia por su empeño en mejorar la salud infantil desde su trabajo en el bloque hospitalario Materno-Infantil y desde la Comisión de Lactancia Materna de dicho hospital.
- Todas las personas que, aunque no se mencionan con nombres y apellidos, de algún modo han contribuido a que la realización de este trabajo haya sido posible.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	v
TABLA DE CONTENIDO	ii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
ACRÓNIMOS	ix
RESUMEN	xi
1- INTRODUCCIÓN	1
1.1- Formulación del problema	2
1.2- Relevancia y pertinencia de la investigación	7
1.3- Recomendaciones actuales	11
2- MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA	15
2.1- Características de la lactancia materna	16
2.2.1- Aspectos biológicos	16
2.2.2- Aspectos medioambientales	30
2.2.3- Aspectos biofísicos	32
2.2.4- Aspectos psíquicos	33
2.2.5- Reducción de riesgos	35
2.2- Antecedentes históricos	44
2.3- Situación actual	78
3- HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS	93
4- MATERIAL Y METODOS	97
4.1- Diseño	98
4.1.1- Cuestionario	99
4.1.2- Tipo de estudio	104
4.1.3- Sujetos de estudio	106
4.1.4- Tamaño muestral	108
4.1.5- Variables	108
4.2- Metodología	110
4.2.1- Fases de realización y recogida de datos	110
4.2.2- Medición de los resultados obtenidos del cuestionario	111

4.2.3- Validación	111
4.2.4- Prueba piloto o pretest cognitivo	114
5- RESULTADOS	115
5.1- Características de la población estudiada	116
5.2- Comparación características muestra del estudio piloto y muestra estudiada	118
5.3- Población asignada a cada grupo del estudio y su comparación	124
5.4- Datos obtenidos en el estudio	131
6- DISCUSIÓN Y DESARROLLO ARGUMENTAL	177
6.1- Comparación cifras lactancia materna en esta tesis, España y diversos países	178
6.2- Comparación cifras lactancia materna de esta tesis con España y sus regiones	184
6.3- Aspectos que pueden influir en el inicio y duración de la lactancia materna	191
6.3.1- Características de la población	192
6.3.2- Comparación incidencia y prevalencia lactancia materna	196
6.3.3- Motivos para no dar lactancia materna	197
6.3.4- Preferencias maternas	203
6.3.5- Conocimientos maternos	204
6.3.6- Circunstancias perinatales	207
7- CONCLUSIONES	211
8- APORTACIONES AL CONOCIMIENTO Y LIMITACIONES	215
9- BIBLIOGRAFÍA	217
10- ANEXOS	269
10.1- Anexo 1: Encuesta definitiva	270
10.2- Anexo 2: Primer diseño de encuesta	273
10.3- Anexo 3: Puntos sobre los que se basará la educación sanitaria	275
10.4- Anexo 4: Folleto informativo	276
10.5- Anexo 5: Permiso Comité de Investigación del CHGUV	278
10.6- Anexo 6: Permiso Comité Ético de Investigación del CHGUV	279
10.7- Anexo 7: Consentimiento informado	281

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<i>Ilustración 1. Lactante enterrado con un biberón.</i>	47
<i>Ilustración 2. Lactancia faraónica prolongada.</i>	51
<i>Ilustración 3. Isis Lactante.</i>	53
<i>Ilustración 4. Estatua en bronce de Isis y Horus.</i>	53
<i>Ilustración 5. Lécito diosa Hera amanta al niño Heracles.</i>	54
<i>Ilustración 6. Parte central del retablo de la Virgen de la Leche de Antoni Peris.</i>	65
<i>Ilustración 7. Parte inferior del retablo de la Virgen de la Leche de Antoni Peris.</i>	65
<i>Ilustración 8. Virgen de la leche de Bartolomé Bermejo.</i>	66
<i>Ilustración 9. Tríptico de la Virgen de la Leche de Nicolás Falcó.</i>	66
<i>Ilustración 10. Virgen de la Merced de Vicente López Portaña.</i>	67
<i>Ilustración 11. Virgen de la leche. Ermita de Santa Llúcia.</i>	68

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Características de la muestra.</i>	117
<i>Tabla 2. Edad grupo piloto y muestra tesis.</i>	118
<i>Tabla 3. Comparación estado civil en grupos: piloto y tesis.</i>	119
<i>Tabla 4. Formación académica de las muestras grupos: piloto y tesis.</i>	120
<i>Tabla 5. Comparación de mujeres que trabajan grupos: piloto y tesis.</i>	121
<i>Tabla 6. Existencia o ausencia de hijos e hijas anteriores grupos: piloto y tesis.</i>	122
<i>Tabla 7. Experiencia en lactancia materna en grupos: piloto y tesis.</i>	123
<i>Tabla 8. Grupos de la muestra utilizada para el estudio.</i>	124
<i>Tabla 9. Edad de la muestra de los dos grupos.</i>	125
<i>Tabla 10. Estado civil en ambos grupos estudiados.</i>	126
<i>Tabla 11. Comparación formación académica de los grupos del estudio.</i>	127
<i>Tabla 12. Trabajo fuera del hogar en grupos estudiados.</i>	128
<i>Tabla 13. Descendencia anterior en los grupos estudiados.</i>	129
<i>Tabla 14. Experiencia anterior en los grupos de estudio de la tesis.</i>	130
<i>Tabla 15. Incidencia y prevalencia de las mujeres atendidas en el CHGUV.</i>	131
<i>Tabla 16. Porcentaje de mujeres con lactancia materna a las 4 y 6 semanas de vida.</i>	132
<i>Tabla 17. Porcentaje de mujeres con lactancia materna a los 3 y 6 meses.</i>	134
<i>Tabla 18. Porcentaje de lactancia materna a largo plazo.</i>	135
<i>Tabla 19. Incidencia y prevalencia de lactancia materna según los grupos.</i>	137
<i>Tabla 20. Intenciones de la gestante con respecto a la alimentación de su futuro descendiente.</i>	139
<i>Tabla 21. Intenciones maternas según número de descendencia.</i>	140
<i>Tabla 22. Comparación alimentación elegida y duración de la lactancia materna.</i>	141
<i>Tabla 23. Correlación entre los meses de lactancia deseada y lactancia real.</i>	141
<i>Tabla 24. Comparación del deseo y duración de alimentación natural.</i>	143
<i>Tabla 25. Información que poseen las gestantes sobre la alimentación del lactante.</i>	145
<i>Tabla 26. Relación conocimiento materno de la propiedades y duración de la alimentación natural.</i>	146
<i>Tabla 27. En caso de optar por lactancia mixta preferencias de completar.</i>	147
<i>Tabla 28. Preferencias uso chupete.</i>	147
<i>Tabla 29. Relación conocimiento de la interferencia del chupete y decisión de uso o no.</i>	148
<i>Tabla 30. Opinión sobre la extracción de leche.</i>	149
<i>Tabla 31. Correlación edad de la madre y duración de la lactancia materna.</i>	150
<i>Tabla 32. Comparación de las características maternas y duración de la lactancia.</i>	151
<i>Tabla 33. Estado civil e inicio de la lactancia materna.</i>	152
<i>Tabla 34. Estudios maternos e inicio de la lactancia materna.</i>	154
<i>Tabla 35. Trabajo fuera del hogar e inicio de la lactancia materna.</i>	155
<i>Tabla 36. Hijas o hijos anteriores e inicio de la lactancia materna.</i>	156
<i>Tabla 37. Experiencia anterior con lactancia natural e inicio de la lactancia materna.</i>	157
<i>Tabla 38. Relación tipo de parto y duración de la lactancia materna exclusiva.</i>	158
<i>Tabla 39. Problemas de salud tras el parto y relación de la aparición de problemas.</i>	160
<i>Tabla 40. Separación al nacimiento o no y relación con la duración de la lactancia.</i>	162
<i>Tabla 41. Aspectos relacionados con el tiempo transcurrido hasta el inicio de la alimentación.</i>	164
<i>Tabla 42. Vuelta al trabajo y lactancia materna exclusiva.</i>	166
<i>Tabla 43. Regreso al trabajo o no y relación con la lactancia materna.</i>	167
<i>Tabla 44. Procedencia de la información que poseen las madres.</i>	168
<i>Tabla 45. Relación procedencia de la información y duración de la lactancia materna.</i>	170
<i>Tabla 46. Madres que recibieron apoyo para la alimentación de su hija o hijo.</i>	171

<i>Tabla 47. Relación recibir o no apoyo para la alimentación y duración de la lactancia materna.</i>	<i>171</i>
<i>Tabla 48. Procedencia del apoyo para la alimentación del lactante.</i>	<i>172</i>
<i>Tabla 49 Relación procedencia del apoyo y la duración de la lactancia materna.</i>	<i>173</i>
<i>Tabla 50. Preguntas grupo apoyo e información adicional.</i>	<i>174</i>
<i>Tabla 51. Pasos en la validación del cuestionario.</i>	<i>175</i>
<i>Tabla 52. Modificaciones en el proceso de validación.</i>	<i>176</i>

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1. Edad media del grupo piloto y muestra tesis.</i>	<i>118</i>
<i>Gráfico 2. Comparación estado civil grupo piloto y población de la tesis.</i>	<i>119</i>
<i>Gráfico 3. Comparación formación académica grupo piloto.</i>	<i>120</i>
<i>Gráfico 4. Comparación muestra que trabaja fuera del hogar en grupo piloto y grupo tesis.</i>	<i>121</i>
<i>Gráfico 5. Comparación existencia o ausencia de descendencia anterior en los grupos.</i>	<i>122</i>
<i>Gráfico 6. Experiencia en lactancia materna en grupo piloto y grupo tesis.</i>	<i>123</i>
<i>Gráfico 7. Mujeres que participaron en el estudio.</i>	<i>124</i>
<i>Gráfico 8. Edad media de los grupos del estudio.</i>	<i>125</i>
<i>Gráfico 9. Porcentajes estado civil ambos grupos estudiados.</i>	<i>126</i>
<i>Gráfico 10. Porcentaje formación académica de los grupos del estudio.</i>	<i>127</i>
<i>Gráfico 11. Trabajo fuera del hogar en los grupos de la tesis.</i>	<i>128</i>
<i>Gráfico 12. Descendencia anterior en grupos estudiados.</i>	<i>129</i>
<i>Gráfico 13. Experiencia anterior en los grupos estudiados.</i>	<i>130</i>
<i>Gráfico 14. Incidencia alimentación del lactante.</i>	<i>131</i>
<i>Gráfico 15. Porcentaje de lactancia materna a las 4 semanas de vida del lactante.</i>	<i>133</i>
<i>Gráfico 16. Porcentaje de lactancia materna a las 6 semanas de vida del lactante.</i>	<i>133</i>
<i>Gráfico 17. Porcentaje de lactancia materna a las 3 meses de vida del lactante.</i>	<i>134</i>
<i>Gráfico 18. Porcentaje de lactancia materna a las 6 meses de vida del lactante.</i>	<i>135</i>
<i>Gráfico 19. Inicio lactancia en los grupos del estudio.....</i>	<i>137</i>
<i>Gráfico 20. Comparación inicio lactancia de los grupos del estudio y población infantil.</i>	<i>138</i>

ACRÓNIMOS

AMS- Asamblea Mundial de la Salud.

BFHI- Baby Friendly Hospital Initiative” (BFHI), en español: IHAN.

BOE- Boletín Oficial del Estado.

CEE- Comunidad Económica Europea.

FEDALMA- Federación Española de Asociaciones Pro-lactancia Materna.

EAS- Encuesta Andaluza de Salud.

ECOSOC- Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

EESE- Encuesta Europea de Salud en España.

EHIS- European Health Interview Survey.

ENALMA- Encuesta Nacional de Lactancia Materna en Atención Primaria.

ESCAN- Encuesta de Salud de Cantabria.

ESPGHAN- Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición.

FAO- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

IBCLC- International Board Certified Lactation Consultant. Equivalente a Consultora Internacional en Lactancia Materna.

IBFAN- Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil.

IHAN- Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.

IMLM- Iniciativa Mundial de Lactancia Materna.

INE- Instituto Nacional de Estadísticas.

IMLM- Iniciativa Mundial de Lactancia Materna.

ISTAC- Instituto Canario de Estadísticas.

LM- Lactancia Materna.

LA- Lactancia Artificial.

OMS- Organización Mundial de la Salud.

ONU- Organización de las Naciones Unidas.

OPS- Organización Panamericana de la Salud.

GATPAP- Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria.

RD- Real Decreto.

UNHCR- United Nations High Commissioner for Refugees.

UNICEF- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia - United Nations Children's Fund.

WABA- Alianza Mundial Prolactancia Materna - World Alliance for Breastfeeding Action.

WFP- World, Food Programme.

WHO- World Health Organization.

RESUMEN

Introducción

Numerosas organizaciones y autores con conocimientos en salud infantil refrendan la afirmación de que la lactancia materna es el mejor alimento que pueden recibir neonatos y lactantes y, que no proporcionársela, perjudica a ellos, a la madre, a la sociedad y al planeta. A pesar de que esta afirmación se intenta difundir, a las madres no siempre le llega este mensaje de forma correcta. Aunque, hay multitud de investigaciones y campañas sobre el tema, no se puede dejar de investigar y actuar porque las cifras de inicio y duración de la lactancia materna no se acercan a las recomendaciones mínimas de los expertos.

Marco Conceptual y de referencia

A lo largo de la historia la lactancia materna ha sido modificada por modas y mitos y ha dejado de ser un acto fisiológico natural. Este hecho ha llevado a un abandono de esta forma de alimentación y, por lo tanto, a la pérdida de una serie de efectos protectores naturales.

Hipótesis y objetivos

Como hipótesis se plantea la idea de que la lactancia materna podría aumentar en incidencia y prevalencia con una adecuada educación y apoyo sanitario. Para ver si la hipótesis se cumple se han establecido una serie de objetivos que recogen la influencia de varios aspectos que pueden modificar la decisión de las madres a la hora de alimentar a su descendencia y en el cumplimiento o no de sus expectativas y preferencias

Resultados

Se han encontrado cifras inferiores a las recomendadas de inicio y duración de la lactancia materna. También se ha observado que el apoyo sanitario proporciona mayor número de población con inicio de alimentación con lactancia materna y mayor duración, pero también se ha visto que puede haber otros aspectos relacionados.

Discusión

Se ha observado que se necesitan aún más estudios unificados a nivel regional, nacional y mundial sobre:

- Inicio y duración real de la lactancia materna.
- Factores que pueden influir en la decisión de la forma de alimentar al lactante.
- Acciones que favorecen la alimentación natural.
- Como aplicar correctamente las acciones favorecedoras de la lactancia materna para que surjan efecto.
- Como evaluar los efectos de las acciones favorecedoras para comprobar si son efectivas.

Conclusiones

La lactancia materna precisa del apoyo de todos los sectores que tienen relación con el binomio madre-hija o hijo, tanto del entorno más cercano, como la pareja, familia y cuidadores sanitarios, hasta el entorno laboral, social y político.

1- INTRODUCCIÓN

1.1- Formulación del problema

En los últimos años, la bibliografía nacional e internacional, ha enunciado los beneficios de la lactancia materna y ha consensuado con amplia mayoría que la lactancia materna es el mejor alimento que puede recibir un lactante. Respaldan esta afirmación artículos y publicaciones de diferentes organismos, como, la Asociación Americana de Pediatría (Eidelman y Schanier, 2012), la Asociación Española de Pediatría (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004, 2005, 2012, 2015, 2016a; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Hernández Aguilar, Lozano de la Torre y Lasarte Velillas, 2009), la Liga de la leche (2016), el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2009, 2010a, 2010b, 2011a, 2011b), OMS (Organización Mundial de la Salud) (1981, 1985, 1998, 2001, 2002, 2003, 2007, 2009, 2010, 2015a, 2015b, 2016b, 2017a, 2017b), OMS y UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) (1990, 2003), OPS (Organización Panamericana de la Salud) y OMS (2016), la Sociedad Española de Neonatología (Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Neonatología, 2013), UNICEF (2016, 2017), UNICEF-Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Consumo Español (2011), UNICEF Uruguay y Red Uruguaya de Apoyo a la nutrición infantil (IBFAN) (2004).

Pese a estas recomendaciones, actualmente diferentes autores inciden en la existencia de un problema en la realidad de la situación actual de la alimentación infantil. Refieren que gran parte de la población, a la hora de alimentar a su descendencia se decanta por leche artificial, leche que presenta características como poseer componentes nutricionales, inmunológicos y hormonales inadecuados, además de que no es gratuita, precisa preparación, no está siempre en las condiciones óptimas de temperatura y asepsia y, genera residuos (Barriuso, Miguel y Sánchez, 2007; Brines, 2002; Brines, Martínez-Costa y Fons, 2000; Gorrita Pérez, 2017; Lawrence y Lawrence, 2007). Se obvia que a lo largo de la historia ha sido la lactancia materna la base del mantenimiento de la especie humana (Brines et al., 2000; Lawrence y Lawrence, 2007).

La introducción de la lactancia artificial para la alimentación del lactante ha sido considerada como el mayor experimento incontrolado en toda la historia de las ciencias

de la salud, realizado al mayor número de personas, de más larga duración, sin grupo de control y sin consentimiento informado (Barriuso et al., 2007; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2004; Lawrence y Lawrence, 2007; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Olza, 2013). Durante un tiempo no se ha tenido en cuenta que la lactancia natural no es sólo una herramienta para conseguir salud por sus grandes beneficios, sino que es una parte de la salud misma, componente de una vida plena y una pieza importante de las necesidades básicas humanas de madre e hijo/a. Tampoco se ha visualizado el amamantamiento como lo que es, un fragmento de todas las necesidades referidas por Maslow, tanto de las necesidades fisiológicas, como de la de seguridad, afiliación, reconocimiento y / o autorrealización (González Rodríguez, 2008)

En coincidencia con la idea de que la lactancia materna es mucho más que una herramienta para conseguir salud, diversas asociaciones y autores refieren que la lactancia es un evento reproductivo más, con la misma importancia que la gestación, el parto y la reanudación de los ciclos menstruales (Madrugal y González-José, 2016; Martínez-Sabater, Juárez-Colom, Solano-Ruiz y Siles-González, 2017; Rodríguez García, 2015; Victora et al, 2016). Por su parte, en la misma línea, las naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF consideran que la lactancia materna es una cuestión de derechos humanos tanto para los menores como para sus madres (Grummer–Strawn et al., 2017; May, Ferreiro y Mangalaven, 2015; Latham, 2002).

Hay cierto consenso sobre la importancia y necesidad de poner todos los medios precisos para que nadie perjudique el derecho de las madres a amamantar a su descendencia, pero sin perder de vista que se trata de un derecho, no de una obligación. Es un hecho que ha sido el mismo ser humano el que le ha puesto innumerables barreras a la lactancia materna. Un acto natural ha pasado a lo largo del tiempo por una serie de normas estrictas. Estas normas incluso llegan a ser contrarias a las necesidades fisiológicas del binomio madre-lactante y varían siguiendo opiniones de personas ajenas a este binomio. Por ejemplo: los horarios rígidos, el tiempo de amamantamiento exacto o la introducción errónea de la alimentación complementaria. Estas pautas suelen impedir que el lactante tome la cantidad de leche necesaria. Se puede observar que, al

principio del siglo XX, los pediatras recomendaban la alimentación con sólo pecho hasta el año de vida del lactante, luego hasta los diez meses, bajaron progresivamente a los ocho, los seis, los tres y antes del mes, pero, luego volvieron a subir a los tres meses, a los cuatro, a los seis... y posiblemente seguirán cambiando las recomendaciones (González Rodríguez, 2000, 2008; Grummer-Strawn et al., 2017; Martínez-Sabater y Juárez-Colom et al., 2017).

Las acciones que han conseguido mejoras en lactancia natural en las diferentes zonas del mundo han sido reconocidas como las intervenciones más eficientes para lograr un aumento en la salud de la población infantil y, por lo tanto, mejorar su supervivencia y calidad de vida (Asociación Española de Pediatría, 2008; Castillo Belén, Rams Veranes, Castillo Belén, Rizo Rodríguez y Cádiz Lahens, 2009; Grummer-Strawn et al., 2017; Toro-Huamanchumo, Abarca-Acuña, Eyzaguirre-Villagarcía, Guerrero-Sosa, Quiñones-Laveriano, 2017; OMS 2001, 2002, 2010, 2016b, 2017a; OMS-UNICEF, 1990, 2003; UNICEF y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011; United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), UNICEF, World, Food Programme (WFP) y World Health Organization (WHO), 2002; WABA, 2013).

Además, muchos expertos en el tema afirman que las madres suelen hacer lo que creen que es mejor para sus bebés y para ellas mismas y, también, que tienen derecho de alimentar a su bebé de la forma que deseen. Por todo lo anterior, se deduce que los profesionales de la salud lo que deben hacer es informar con consenso y de una forma precisa, veraz e imparcial, sobre las ventajas e inconvenientes de los diferentes tipos de lactancia, para que la decisión sobre la forma de alimentar a su descendencia sea el producto de una decisión informada y sin presiones. Asimismo, también señalan que los profesionales sanitarios tendrían que promocionar un medio ambiente que les permita llevar a cabo esta decisión (Asociación Española de Pediatría, 2008; González Rodríguez, 2008; Gorrita Pérez, 2017; Grummer-Strawn et al., 2017; Olza, 2017; OMS, 2016^a, 2016b).

No obstante, pese a las estrategias de consenso de organizaciones internacionales, persisten prácticas y publicaciones que defienden pautas y recomendaciones contrarias a estas. Así, González Cano, se posiciona en contra de las

recomendaciones actuales apoyando el destete parcial o total a los cuatro meses y refiriendo posibles efectos adversos de la lactancia materna como el complejo de Edipo (González Cano, 2015); otras autoras indican la posibilidad de dependencia excesiva o esclavitud para la mujer (Eroski, 2015, González Cano, 2015, Rojas-Marcos, 2014). Por otra parte, la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición (ESPGHAN) también difiere con la mayoría de los expertos en pediatría en sus recomendaciones, ya que indica que la finalización de la lactancia materna exclusiva debería ser entre las 17 y las 26 semanas de vida del bebé y crea ambigüedad sobre varias recomendaciones de la OMS (Agostoni, Braegger et al. 2009; Agostoni, Decsi et al. 2008; Pallás Alonso, 2009; Perdomo Giraldi y De Miguel Durán, 2015).

La realidad es que la decisión materna con respecto a la alimentación del lactante, sea la que sea, está sujeta a reacciones u opiniones del entorno. A las madres que han optado por la lactancia artificial se les enjuicia negativamente y se les hace sentir culpables, sobre todo en el período neonatal y primeros meses de vida del lactante. A la vez, a las madres que han elegido la alimentación con lactancia materna se las cuestiona por aspectos como por ejemplo la frecuencia de las tomas y la edad de lactante. Con respecto a la edad del lactante destaca que, a pesar de que la OMS recomienda una duración de dos años como mínimo y hasta que el binomio madre-lactante lo deseen, cuando se amamanta durante varios años, por ejemplo, hasta los 6 años, o incluso hasta los 3 años, o edades inferiores, se producen reacciones sanitarias y del entorno. Este hecho con mucha frecuencia, no se comprende, está mal visto, se considera no saludable y produce rechazo por parte de muchas personas. Además, está muy extendida la idea de que la lactancia materna no aporta nada en cuanto el lactante tiene una alimentación variada. Lo más preocupante es que dentro del grupo de personas que comparten estas opiniones se encuentran profesionales de la salud, profesionales de la educación, familia y sociedad en general. Sin embargo, hay investigaciones que señalan todo lo contrario. Dettwyler en 2004 y O'Connor en 2015, afirman que sería razonable prolongar la lactancia materna hasta los 7 años de edad, como se hace por ejemplo en Mali, ya que antes de esta edad la inmunología está poco desarrollada. Además, coinciden con otros autores, como el Comité de Lactancia de la

Asociación Española de Pediatría (2015) y Merrill (2001), en que hay investigaciones que demuestran que la leche materna sigue teniendo valor nutricional y defensivo para niños y niñas de cualquier edad, que incluso aparecen en la leche más factores de inmunidad a medida que crecen y que la lactancia materna en lactantes mayores no perjudica la salud ni de la madre ni de su descendiente (Comité de lactancia de la Asociación Española de Pediatría, 2015; Dettwyler, 2004; Eidelman, 2012; Grummer-Strawn, Zehner et al., 2017; Mandel, Lubetzky, Dollberg, Barak y Mimouni, 2005; Merrill, 2001; O'Connor, 2015; OMS, 2016; Paricio Talayero, 2014).

En contrapartida al poco apoyo que a veces recibe la lactancia materna a cierta edad infantil, se suele recomendar y es aceptado ampliamente que para el cuidado de la salud un niño, una niña, un adolescente, incluso la población adulta, tiene que tomar varios vasos diarios de leche producida por otra especie. Esta idea es compartida tanto por profesionales de la salud y educación, como de la población general. Sin embargo, diversos autores señalan la falta de sentido que tiene que a cierta edad infantil se cuestionen los valores nutricionales y beneficios que la leche humana tiene para el menor y que por otro lado se valoren tan positivamente todas las “ventajas” que aporta la leche de otra especie, sobre todo la leche de vaca, producida para mejorar las posibilidades de supervivencia de un ternero, no de una persona (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2015; Eidelman, 2012; Grummer-Strawn, Zehner et al., 2017; OMS, 2016a). A principios del siglo XX Paul Gyorgy dijo: «La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humanos». Esta afirmación tan básica no siempre se tiene en cuenta, aunque hay autores que aún la exponen, como Latham (2002) en su trabajo realizado para la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

Según Gorrita Pérez (2017) la gran diferencia de la alimentación con lactancia materna en diferentes zonas y países actuales, a pesar de que se trata de un acto natural, se debe a la necesidad de unión de diferentes circunstancias maternas, paternas, del entorno familiar y del ambiente social. Son diversos autores los que consideran que se aconseja y cuestiona a las madres dependiendo, por una parte, de las convicciones sobre alimentación del lactante de los profesionales de la salud con los que trata y por otra de

las creencias del entorno sociocultural en el que se desenvuelven madre e hijo o hija. También refieren que la realidad es que cada mujer tiene su propia forma de vivir la maternidad y no se debería opinar de una forma aleatoria sobre la forma de criar de una madre, sólo, con los conocimientos adecuados, se debe de informar de una forma neutra de las recomendaciones basadas en la evidencia (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2015; González Rodríguez, 2000, 2008; Gorrita Pérez, 2017; Eidelman, 2012; Grummer-Strawn et al., 2017; OMS, 2016).

1.2- Relevancia y pertinencia de la investigación

El tema de la Lactancia Materna últimamente está sometido a numerosos estudios y campañas, pero a pesar de todo, los índices de inicio y mantenimiento son mucho más bajos que los recomendados por la OMS, UNICEF y la Alianza Mundial Prolactancia Materna, más conocida como WABA. (Cattanero, 2000; Dewey, 2000; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; González Fernández, 2011; Ilabaca, 2011; Lawrence y Lawrence, 2007; Martínez-Galán, Martín Gallardo, Macarro-Ruiz, Martínez-Martín y Manrique-Tejedor, 2017; Martínez Sabater, 2014; Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011; Oliver 2012; Palomares et al., 2011). No se llega ni a las recomendaciones de otras organizaciones que indican menos tiempo de lactancia como la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics, 2012).

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011), apoya las recomendaciones sobre lactancia materna de la OMS, UNICEF y WABA y reconoce que estamos ante un problema de salud pública al no conseguir que madres y lactantes españoles se acerquen a esas recomendaciones (Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011). Numerosas organizaciones y asociaciones españolas relacionadas con la infancia y su salud coinciden con el planteamiento del ministerio, por ejemplo: la Asociación Española de Pediatría (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2012, 2015, 2016a; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005), la Sociedad Española de Neonatología, (Grupo de Nutrición de la Sociedad

Española de Neonatología, 2013; Muñoz y Dalmau, 2008), la Asociación Española de Matronas (Asociación Española de Matronas, 2015) y la Federación Asociaciones de Matronas de España (Redondo Collado et al., 2016).

En España, para conseguir una aproximación a las recomendaciones de la OMS, UNICEF y WABA, se han elaborado diversos documentos por distintas personas, organizaciones y asociaciones. Entre estos documentos se pueden encontrar algunos con participación masiva. En 2014, por ejemplo, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad coordinó la elaboración de una guía (La Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio). Entre los participantes se encontraban madres con diferentes profesiones, especialistas en tecnología y profesionales de muchas de las disciplinas que intervienen de algún modo en la atención a la embarazada, madre y descendiente, pertenecientes a diferentes sociedades (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Neonatología, Federación de Asociaciones de Matronas Españolas, Asociación “Vía Láctea” y Asociación “El Parto es Nuestro”). En esta guía se destaca la necesidad de proporcionar a todas las mujeres información y apoyo para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna desde el embarazo como muy tarde. Con posterioridad, en 2017 se elaboran otras dos guías de elaboración similar, con el mismo perfil de participantes y coordinación, pero con más cantidad aún de personas y sociedades colaboradoras. Una de las últimas guías editadas es de consulta más rápida y amena, pensada para el uso de madres y familias. La otra es más extensa. Estas guías se elaboran como ayuda a la toma de decisiones para conseguir el mayor beneficio en cada caso concreto (Asociación Española de Pediatría, 2008; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004; Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria, 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017^a, 2017^b; Hernández Aguilar, Cerveró et al., 2004; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, 2010^a, 2010^b, 2011^a).

A la vez, numerosas personas y asociaciones trabajan activamente, de forma individual o colectiva, con el fin de acercarse a las recomendaciones de la OMS, UNICEF y WABA. Destaca la participación como representantes en la Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia, IHAN. Se pueden encontrar personas pertenecientes a: UNICEF, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, Asociación Española de Pediatría, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Asociación Española de Matronas, Asociación Española de Enfermería de la Infancia, Asociación Nacional de Enfermeras de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales, Federación de Asociaciones de Matronas de España, Sociedad Española de Enfermería Neonatal, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Associació Catalana Pro Alletament Matern, Amamanta, Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna, Federación Española de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna, La Liga de la Leche España... (Asociación Nacional de Enfermeras de Cuidados Intensivos Pediátrico, 2016; IHAN, 2016).

Como a pesar de los esfuerzos comentados aún no se han obtenido unas buenas cifras de lactancia se ha señalado la necesidad de programas de información, apoyo y coordinación. Esta idea ha sido expresada en diversos ámbitos y recientemente en la comunidad valenciana, comunidad donde se realiza esta tesis. A finales del año 2016, se celebró la “II Jornada de la Semana mundial de lactancia materna” organizada por el departamento de Salud de Denia. En esta jornada la Dra. Hernández Aguilar, coordinadora de la IHAN, destacó la importancia de formar una red de apoyo para conseguir lactancias naturales que se acerquen más a las recomendaciones sobre lactancia materna de la OMS, UNICEF y WABA. En la misma tendencia estuvo el “II Encuentro sobre Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios y Colectivos relacionados”, organizado por el Comité de Lactancia Materna del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, celebrado unas semanas después. En este evento, ponentes y asistentes también llegaron a la conclusión de que aún se precisan acciones para mejorar los índices de inicio y mantenimiento de la lactancia materna y, se expuso,

aumento de ambos índices en Centros de Salud tras la puesta en marcha de una serie de medidas de apoyo a la lactancia (Silla, 2016).

Con esta investigación se busca la evidencia de que la instauración de un programa de información, apoyo y coordinación, llevada a cabo desde el embarazo hasta varios meses después del nacimiento, provoca un aumento en el inicio y continuidad del amamantamiento. En el caso de demostrar esta evidencia se atestiguaría que los profesionales de enfermería pueden desarrollar un papel muy importante relacionado con su misión de proporcionar cuidados y educación sanitaria para incrementar el nivel de salud de la población. Además, se podrían instaurar estos programas en hospitales y centros de salud con el fin de hacerlos llegar al mayor número posible de gestantes y contribuir a alcanzar las recomendaciones.

Por otra parte, en esta tesis también se va a observar el tipo de alimentación en lactantes, la duración y otros datos. En España, falta información sobre la alimentación de los lactantes españoles, no hay suficientes datos actualizados. Los datos disponibles provienen de diferentes estudios realizados en varias comunidades (no en todas) y de las encuestas de salud, realizadas por el Ministerio de sanidad y Consumo, en 2001, 2006 y 2012. Se escapan muchos datos, aunque los que se tienen, a pesar de todos los esfuerzos realizados, coinciden en la afirmación de que no se cumplen las recomendaciones de la OMS, UNICEF y WABA y, que aún existen muchos factores que interfieren de forma negativa con la lactancia materna (Díaz-Gómez, Ruzafa-Martínez, Ares, Espiga y De Alba, 2016; Gomis et al., 2009; González Fernández, 2011; Gorrita Pérez, 2014; Hernández Aguilar, 2004; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011a, 2011b; Morán et al. 2009; Redondo Collado, 2016).

Una muestra de interferencia negativa con la lactancia materna es la publicidad inadecuada de la leche artificial. En 2016 expertos de las Naciones Unidas publicaron una declaración que exponía esta problemática. Según recientes estudios, en la actualidad, a nivel mundial, las campañas de propaganda y fomento de uso de leche artificial están interfiriendo gravemente con la decisión materna de alimentación a su descendencia. A las madres les llegan con frecuencia falsos mensajes sobre las

propiedades de la leche artificial. Se utilizan campañas de marketing que extienden la idea de que la lactancia artificial es igual de saludable, incluso más sana, que la materna. La 69ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución que pedía a los países que aplicaran la guía de la OMS para evitar esta promoción inadecuada, pero aún queda mucho por hacer (Baker et al., 2016; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2016b; Grummer-Strawn, et al., 2017; OMS, 2016a; WHO, 2015, 2016; WHO, UNICEF E IBFAN, 2016).

1.3- Recomendaciones actuales

Investigaciones de diversos autores llevan a poder efectuar una serie de recomendaciones (Abascal Tudanca et al., 2007; Agostoni et al. 2009; Aguayo Maldonado, 2004; Aguilar Cordero, 2012; Aguilar Cordero et al., 2013; Alonso-Díaz et al., 2016; Armas, 1998; Asociación Española de Pediatría, 2008; Bernal Arias y Orjuela; Bustos, 2008; Cano Obando, Pineros Niño y Vargas López, 2012; Céspedes, 2014; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004; 2005, 2012, 2015; Comité de Lactancia Materna del Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria, 2011; Consejería de Salud del Gobierno de la Rioja, 2010; Dewey, 2000; Fernández Segura, Marfil Olink, Jaldo Jiménez, Tetagrupo y Grupo de Trabajo de Lactancia Materna, 2017; Fullana, Barona, Hevia, Bueno, 1999; Gartner et al., 2005; Gómez Papí, 2004, 2009; González Rodríguez, 2000, 2008; González Cortijo, Sánchez-Contador Escudero, 2009; Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Neonatología, 2013; Grupo de Trabajo Centros de Salud-IHAN, 2009; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna, 2017a, 2017b; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Hernández Aguilar, Cerveró et al., 2004; IHAN, 2016; Latham, 2002; Lawrence y Lawrence, 2007; Lutter, 2010; Meadows-Oliver, 2015; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, 2010a, 2010b, 2011a, 2011b; Molina, 2000; Moore, Anderson y Bergman, 2007; Muñoz, A y Dalmau, 2008; Muñoz, E., Casanello, Krause y Uauy, 2015; Oliver, 2012; Olza 2013, 2017; Organización Mundial de la Salud 1981, 1985, 2001, 2002, 2010, 2015a, 2015b. 2016b; Pallás 2006; Palomares et al., 2011; Sánchez Luna et al, 2009; Semi, 2011; Unicef y el Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001; United Nations High

Commissioner for Refugees (UNHCR), UNICEF, World, Food Programme y WHO, 2002; WHO y UNICEF, 2003).

Estas recomendaciones son:

- Promoción universal de la lactancia materna como forma de alimentar a los lactantes.
- Contacto piel con piel madre-neonato inmediatamente después del parto y por lo menos antes de que transcurra una hora tras el parto, con independencia de la forma de alimentación elegida.
- Fomento del inicio del amamantamiento inmediatamente después del parto (si la madre opta por lactancia materna) y siempre dentro de la primera hora de vida, que es el periodo de tiempo en el que el neonato tiene todos sus sentidos preparados para el inicio de la alimentación natural y para cogerse al pecho y mamar espontáneamente.
- Ayudar a las madres, si es necesario, a reconocer las señales que muestran que el bebé está preparado para empezar a mamar.
- Apoyo del alojamiento conjunto madre-hijo o hija como la mejor opción al inicio de la vida.
- Difusión de las cualidades del calostro como la mejor alimentación que puede recibir un neonato en sus primeras horas de vida a pesar del poco volumen que representa.
- En caso de optar por alimentación con lactancia materna, evitar la utilización de biberones, tetinas y chupetes hasta que la lactancia esté totalmente establecida.

- La alimentación idónea los primeros 6 meses de vida es la alimentación con lactancia materna exclusiva y a demanda.
- La alimentación con lactancia materna exclusiva en los lactantes menores de 6 meses no precisa de otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua.
- A partir de los 6 meses la alimentación óptima consiste en nutrir al menor con lactancia materna complementada hasta los dos años de vida del menor o hasta que madre e hijo lo deseen.
- La opción más saludable consiste en permitir que la lactancia materna sea la fuente de alimentación central del lactante menor a 1 año y que se le aporte con leche materna el 50% de las necesidades nutricionales en el segundo semestre de vida y alrededor del 30% en el segundo año de vida.
- Las madres deben estar informadas en técnicas de extracción y conservación de la leche materna.
- Transmitir mensajes correctos, como:
 - Dar de mamar es lo normal.
 - Amamantar no tiene qué doler.
 - Se tiene que alimentar en una postura cómoda para madre e hija/o.
 - Es necesario lograr un buen agarre del bebé al pecho.
 - La leche se produce según necesidades del lactante.
 - La leche materna directa siempre está lista para que se pueda tomar en cualquier lugar.
 - La mayoría de las madres pueden dar de mamar, los casos en los que no se puede dar de mamar son excepcionales.

- Se puede amamantar, aunque se tenga un parto múltiple, haya un embarazo simultáneo o se esté amamantando a otro menor.
 - La aparición de problemas (como mastitis, grietas...) se puede resolver con la ayuda de profesionales sanitarios.
 - Las reuniones preparto y postparto de los centros de salud y los grupos de apoyo de las asociaciones prolactancia materna resultan de gran ayuda para las embarazadas y madres.
- Difusión de información sobre la donación a los bancos de leche, destacando que es un acto de generosidad que puede salvar vidas a bebés prematuros y lactantes enfermos por diversas causas.
- Incidir en que casi todas las mujeres pueden ser donantes de leche.

2- MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

2.1- Características de la lactancia materna

Durante el embarazo el feto recibe de su madre todo lo necesario para su evolución y crecimiento, se trata de elementos como glucosa, aminoácidos, vitaminas, agua, ácidos grasos, defensas hormonas, factores de crecimiento.... Tras el nacimiento del bebe se produce una separación física del binomio madre-hijo/a que podría suponer la interrupción de intercambio de sustancias, pero con la alimentación natural se consigue que no se produzca una ruptura total, ya que en la leche materna existen una serie de sustancias que actúan como mediadores entre la madre y su bebé y hacen que continúe la comunicación bioquímica y fisiológica entre ellos (Brahm y Valdés, 2017; Castillo Belén et al., 2009; Latham, 2002; Muñoz, E. et al., 2015; OMS, 2010).

En realidad, según numerosos autores, no se puede afirmar que es la leche materna la que tiene muchas ventajas para el bebé y su madre, ya que se está hablando del alimento principal para la alimentación al lactante, lo correcto, es afirmar que es la leche artificial la que tiene numerosas desventajas y perjuicios para el lactante. Lo normal y lógico debería ser alimentar al lactante con leche materna y sólo como último recurso debería alimentarse con leche procedente de otras especies que tiene que ser modificada para que el lactante pueda sobrevivir con su ingesta (Brahm y Valdés, 2017; Castillo Belén et al., 2009; Grummer–Strawn y Rollins, 2015; Grummer–Strawn, Zehner, et al., 2017; Muñoz, E. et al., 2015; OMS, 2010).

El desarrollo fundamental de las niñas y niños sucede durante la vida intrauterina, pero los meses posteriores al nacimiento son muy importantes para la maduración fisiológica, desarrollo final de algunos órganos y adaptación al medio ambiente, de ahí la importancia de una correcta alimentación (Brahma y Valdés, 2017; Castillo Belén et al., 2009; Muñoz, E. et al., 2015; OMS, 2010)

2.2.1- Aspectos biológicos

La leche de mujer es un fluido biológico nutritivo muy complejo y versátil.

La leche materna contiene toda la energía, aportes nutritivos y agentes inmunológicos, antimicrobianos, antiinflamatorios e inmunomoduladores que los bebés humanos necesitan durante sus primeros meses de vida, sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año, hasta un tercio de sus necesidades nutricionales durante el segundo año de vida y parte de las necesidades alimenticias mientras la ingiere. Además, esta leche es un fluido vivo, no constante como la leche de artificial. La leche materna no presenta siempre la misma composición, si no que varía de una mujer a otra, se modifica según las necesidades del bebe (edad, enfermedad, hora del día...) e incluso va cambiando su composición dentro de la misma toma. La primera leche que produce la madre, hasta el 4^a-6^a día, se llama calostro, tiene poco volumen, gran valor nutricional y defensivo para el bebé y, es muy denso. El calostro se transforma en leche de transición y después en leche madura, que tiene más volumen y menos densidad (Pavón Belinchón, Parra Martínez, Aparicio Rodrigo y Arroba Lasanta, 2007; Quero Jiménez, Sáenz de Pipaón Marcos, Salas Hernandez, 2007; Hernández Aguilar, 2015; Rodríguez Belmonte, Zavala Pérez, Vite Torres, Espinosa Calvo, 2010)

Numerosos estudios han demostrado que casi todas las mujeres pueden producir leche con todas las sustancias que el bebé necesita, incluso las mujeres que están desnutridas pueden producir leche totalmente adecuada para sus hijas e hijos, con todos los nutrientes necesarios. De todas formas, es lógico que al igual que durante el embarazo es conveniente tener una buena nutrición, también lo es durante la lactancia. Se ha propuesto que es ideal una alimentación materna sana, equilibrada, correcta y variada, con la posibilidad de incluir nutrientes como ácidos grasos omega-3, antioxidantes y vitaminas y minerales. Además, como la leche se adapta a las necesidades del bebé, se ha observado que en ambientes donde el nivel de vida de la población se considera bajo y puede haber algún índice de malnutrición, mientras los nutrientes se mantienen de forma adecuada, los factores inmunológicos están elevados, con lo cual, hay mayor protección hacia los agentes infecciosos característicos del medio ambiente en el que vive la madre. De todas formas, los beneficios de la lactancia materna son útiles para todos los lactantes, tanto si viven en países o zonas de altos o

de bajos ingresos, como si pertenecen a familias ricas o pobres (Hernández Aguilar, 2015; Muñoz, E., et al., 2015; Palacios Ortiz, 2015; Rodríguez Belmonte et al., 2010 Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2016).

Entre los componentes que más destacan en la leche de mujer se encuentran:

- **Agua.** Representa alrededor del 88% de los componentes de la leche materna. Tiene una osmolaridad parecida al plasma, lo cual facilita el equilibrio electrolítico del lactante. La osmolaridad de la leche de vaca (y también de la leche artificial adaptada para el consumo de los lactantes) es superior y esto provoca mayor carga renal en una etapa de la vida en la que el riñón es inmaduro, además por esta causa un lactante alimentado con lactancia artificial precisa de aportes de agua, mientras que un lactante alimentado con lactancia materna, no los precisa (Juez García et al., 2010; Lozano de la Torre, 2010)
- **Proteínas, péptidos y aminoácidos de la leche humana.** El calostro humano tiene un elevado número de proteínas, pero la leche humana madura es la leche con menor cantidad de proteínas. La proporción de proteínas de la leche humana es suficiente para cubrir todas las necesidades del lactante sin provocar una sobrecarga renal de nitrógeno. Las proteínas y aminoácidos de la leche son específicos para cada especie y no se pueden imitar a la hora de elaborar las leches artificiales adaptadas al lactante humano. En la leche humana, la alfa-lactoalbúmina es la proteína principal y, en la leche de vaca, sólo se encuentran trazas. Le sigue en cantidad la lactoferrina y después la caseína. La alfa-lactoalbúmina tiene funciones muy importantes. Regula enzimas, es una fuente de aminoácidos esenciales, tiene actividad prebiótica y opioide y, además, libera péptidos. Estos péptidos realizan funciones antitrombóticas, antihipertensivas, antimicrobianas e inmunomoduladoras de la motilidad, permeabilidad, secreción y absorción digestiva. También regulan la liberación de hormonas digestivas. Además, pueden llegar al cerebro del lactante y actuar de forma positiva en él reforzados por la presencia de otros neuropéptidos que hay en la leche materna. Casi todas las proteínas de la leche materna pueden liberar algún péptido con acción biológica beneficiosa. Destaca la motilina, ya que facilita la expulsión del meconio. Por otra parte, la lactoferrina está en una proporción mucho más elevada en la leche materna, que en

la leche artificial. La lactoferrina de la leche materna favorece la absorción del hierro en el intestino del lactante, actúa como agente bacteriostático, tiene actividad antimicrobiana de amplio espectro, es antiviral, antiinflamatoria (en especial sobre algunos gérmenes que dependen del hierro), actúa como factor de crecimiento, ayuda al mantenimiento de la mucosa intestinal, facilita la integración de la timidina en el ADN, es inmunomodulante y anticarcinogénica y libera péptidos con actividad antimicrobiana y opioide. Con respecto a la caseína hay que señalar que en la leche de vaca y en la leche adaptada suministrada al lactante se encuentra en proporciones más elevadas que en la leche de mujer. Este hecho provoca digestiones más difíciles en los menores alimentados con leche artificial. Otra proteína que se encuentra en la leche materna es la lisozima. Esta proteína se encuentra en la leche madura en cantidad más elevada que en la leche de vaca y adaptada y, en el calostro, su concentración aún es mucho más elevada. Esta proteína se comporta como antimicrobiano no específico, bacteriolítico, antiinflamatorio, antioxidante, detoxificante y ayuda la flora intestinal del menor. También se encuentra tiorredoxina, proteína antioxidante con presencia elevada en el calostro, pero mucho más elevada en la leche de madre de neonato prematuro. Además, en la leche materna hay muchas proteínas más, como inmunoglobulinas, glicoproteínas, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas, prostaglandinas... Una parte importante de estas proteínas intervienen en el metabolismo celular, otras tienen función protectora, ya que participan en la respuesta inmune, hay proteínas específicas para eliminar células tumorales y el resto realiza diversas funciones. Hay proteínas que fijan la vitamina B12 y así disminuyen la cantidad de esta vitamina disponible para el crecimiento bacteriano. Con respecto a la función protectora, con el fin de vislumbrar un poco la magnitud de esta función, se puede mencionar a la inmunoglobulina IgA, que es la principal inmunoglobulina en la leche materna. Este componente destaca por proteger la glándula mamaria materna y las mucosas del lactante y, como muchos de los componentes de la lactancia materna, está diseñado para no ser alterados en el proceso de la digestión. Además, se produce un efecto que provoca que los elementos defensivos que la madre proporciona directamente al lactante no sean atacados por las defensas que este produce. Asimismo, en la leche de mujer también hay IgM, IgG, lisozima, interferón y otros

elementos reguladores de la inmunidad. Por otra parte, en la leche de materna no se encuentra beta-lactoglobulina que es la más abundante en la leche de vaca y artificial. La beta-lactoglobulina es una de las mayores responsables de las alergias del lactante alimentado con leche artificial (Castillo Belén et al., 2009; Gómez Gallego, Pérez Conesa, Bernal Cava, Periago Castón y Ros Berruezo, 2009; Hernández Aguilar, 2015; Lozano de la Torre, 2000, 2010; Maldonado Lobón, 2017; Molinari et al., 2012; Pavón Belinchón et al., 2007; Rodríguez Belmonte et al., 2010). Algunos componentes de la leche humana no se pueden imitar, entre otras cosas, porque no se conocen en totalidad, por ejemplo, en 2012, Molinari et al., señalaban la dificultad de la detección de algunas proteínas existentes en pequeñas cantidades. Además, al estudiar con técnicas avanzadas el proteoma de la leche de mujeres cuyo parto había ocurrido entre 7 y 28 días antes, se detectaron 415 proteínas, y de estas 261 era la primera vez que se habían observado. La cantidad de proteínas y de aminoácidos también varía a lo largo de la toma, según las necesidades del bebé. En el estudio de Molinari et al. se hicieron análisis específicos para observar si el hecho de tener un parto prematuro producía una modificación en la composición de las proteínas de la leche. Se indagó sobre las desigualdades en las proteínas de la leche materna de mujeres que tuvieron un parto a término y de las que tuvieron un parto pretérmino y se localizaron 55 proteínas con diferencias entre los dos grupos de mujeres (con un 90% de intervalo de confianza), 28 se encontraron en cantidades superiores en la leche prematura y otros 27 se encontraron en cantidad superior en la leche a término (Molinari et al. 2012). Además, la leche materna posee 20 aminoácidos, de ellos, 8 son esenciales y proceden del plasma de la madre. Los aminoácidos no se encuentran en cantidad necesaria en la leche de vaca y, aunque se adicionan a las leches adaptadas para el lactante, no se consiguen los mismos resultados. En la leche materna también hay taurina y carnitina en cantidades óptimas, que no pueden ser sintetizados por el neonato y cuya escasez provoca alteraciones en el metabolismo de los lípidos. Estos dos elementos son importantes para conjugar los ácidos biliares, tienen efectos en el músculo cardíaco y en la presión arterial y, asimismo, diversos estudios les atribuyen funciones como neurotransmisores o neuromoduladores del cerebro y la retina. Además, la Taurina actúa como osmoregulador y protector del sistema nervioso. Como otros ejemplos de

composición específica en la leche humana están, la cisteína (o la cistina que es un dímero de dos cisteínas) y metionina, que en la leche materna tienen una concentración particular y están combinadas en una proporción diferente a la que se da en la leche de otras especies. En la leche madura su concentración es más elevada que en el calostro y, en la sangre de los lactantes de tres meses alimentados con lactancia materna, se encuentra en cantidad más elevada que en los alimentados con leche artificial. La cisteína destaca porque es un antioxidante precursor del glutatión. Los prematuros no tienen la enzima necesaria para metabolizar la metionina y la leche materna se adapta en este aspecto. La fenilalanina y la tirosina se encuentran en menos cantidad en la leche materna que en la leche de vaca y existe el riesgo de intoxicación en el recién nacido por no poder metabolizar estos componentes (Gómez Gallego, Pérez Conesa et al., 2009; Hernández Aguilar, 2015; Juez García et al., 2010; Molinari et al., 2012).

En la leche materna también se encuentran factores de crecimiento específicos, formados por proteínas pequeñas. Están presentes, por ejemplo, el factor de crecimiento epidermal, el factor de crecimiento nervioso, un factor de crecimiento parecido a la insulina y la somatomedina. Además, aparte de las funciones que ejercen proteínas y aminoácidos activos, hay péptidos liberados por la digestión enzimática de las proteínas que colaboran en el metabolismo como vasorreguladores, factores de crecimiento, inductores hormonales y neurotransmisores (Castillo Belén et al., 2009; Gómez Gallego, Pérez Conesa et al., 2009; Maldonado Lobón, 2017; Salazar et al., 2009).

- **Hidratos de carbono.** Representan un poco menos de la mitad de las calorías de la leche materna. La mayor parte es lactosa, que se encuentra en una concentración alta si se compara con la leche de otros mamíferos. La lactosa es un disacárido compuesto de glucosa y galactosa y se metaboliza en estos antes de ser absorbida por el intestino. La galactosa colabora en la elaboración de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central. Su alta concentración favorece la absorción de diversas sustancias como el calcio y hierro y, además, actúa como prebiótico. Otro carbohidrato destacado es el factor bífido, que es un carbohidrato complejo que no se encuentra en la leche adaptada. El factor bífido ayuda al desarrollo de una flora intestinal adecuada en el

neonato. Este componente promueve la colonización intestinal correcta del neonato y provoca un PH bajo, que es especialmente beneficioso para evitar el desarrollo de gérmenes patógenos en el estómago de prematuros y recién nacidos de bajo peso, además de ayudar a disminuir el riesgo de enterocolitis necrotizante (Cigarran Guldris et al., 2017; Dupont et al., 2010; Forsythe y Bienenstock, 2010; Hernández Aguilar, 2015; Isolauri, 2001; Juez García et al., 2010; Kalliomäki, Collado, Salminen e Isolauri, 2008; Maldonado Lobón, 2017; Ohland y Macnaughton, 2010; OMS, 2010, 2017a; Pavón Belinchón et al., 2007; Penders et al., 2006; Penna, Péret, Vieira y Nicoli, 2008; Sherman, Ossa y Johnson-Henry, 2009; Sung et al., 2014; Turróni et al., 2012).

Como indican Hernández, Coronel Rodríguez, Monge Zamorano y Quintana Herrera (2015), en los últimos años se ha llegado a la conclusión de que la leche materna es el principal factor de la correcta aparición, desarrollo y composición de la microflora de la niña o niño. De forma dependiente a la alimentación recibida, natural o artificial, va a predominar una flora intestinal u otra. La flora microbiana normal de los humanos, también denominada microbiota, es imprescindible para la salud. En los menores con lactancia materna, predominan las bifidobacterias y en menor concentración el lactobacillus y en los menores alimentados con leche artificial adaptada se encuentran mayoritariamente los bacteroides, enterococos, coliformes y clostridios. Si se suplementa la leche materna con pequeñas cantidades de leche artificial ya se encuentran diferencias en la microbiota. Además, la lactancia materna proporciona moléculas de anticuerpos específicas y moléculas de la inmunidad inmediata que impiden que bacterias perjudiciales y otros agentes produzcan patología en el lactante a nivel intestinal (aparte de a otros niveles) y, por lo tanto, ayuda a las bacterias y agentes beneficiosos. La microbiota intestinal, en especial, realiza diversas funciones a nivel de todo el cuerpo humano, nutricionales, metabólicas, de barrera defensiva, inmunorreguladoras, antiinflamatorias a nivel sistémico y, moduladoras de la sensibilidad y la motilidad digestiva. El ecosistema microbiano del intestino una vez establecido, aunque cambia con el paso del tiempo, quedará condicionado para toda la vida del individuo y puede tener influencia en ciertos problemas de salud cuando el sujeto ya es adulto (Brahm y Valdés, 2017; Castillo Belén et al., 2009; Cigarran Guldris et al., 2017; Hernández et al., 2015; Icaza-Chávez, 2013; Maldonado Lobón, 2017,

Osorio y Solanye Umbarila, 2015; Pavón Belinchón et al., 2007; Serra, 2016; Serrano Honeyman y Harris Diez, 2016; Serrano Honeyman, León Ríos y Harris Diez, 2016).

El resto de los hidratos de carbono son oligosacáridos. En el calostro se pueden encontrar una cantidad elevada, más de 200 oligosacáridos con estructuras diferentes, formados por glucosa, galactosa, fructosa, N-acetilglucosamina y ácido siálico. Estos hidratos de carbono en la leche madura también están en cantidades mucho más elevadas que en la leche de otras especies y no se pueden imitar con exactitud en la leche adaptada para la alimentación de lactantes humanos, entre otras cosas, porque no toda la leche materna posee oligosacáridos en la misma proporción. Según un trabajo realizado por Vitoria Miñana en 2007, esto podría deberse a las diferentes variaciones ambientales que van a tener que superar los niños y niñas a los que está destinada esta leche, además de otras variantes como edad o enfermedad. Por lo tanto, la composición de los oligosacáridos se adaptaría a las necesidades de los menores (Hernández et al., 2015; Lozano de la Torre, 2000, 2010; Maldonado Lobón, 2017; Salazar et al., 2009; Vitoria Miñana, 2007).

Los oligosacáridos tienen diversas funciones: metabólicas, nutritivas, energéticas, inmunológicas y de síntesis de moléculas más complejas. Dentro de las funciones inmunológicas destaca la ayuda específica que los oligosacáridos proporcionan a las bacterias beneficiosas de la flora intestinal del lactante, al igual que hace la lactosa o la lactadherina, que es una glicoproteína. Los oligosacáridos también se pueden encontrar combinados con otros elementos, como es el caso de los gangliósidos, que son glucolípidos con oligosacáridos. Estos elementos de igual modo ayudan a la microbiota. Los oligosacáridos asimismo tienen efecto en el tejido linfoide. Este efecto está relacionado con las mucosas e influyen con alta probabilidad en la maduración de linfocitos y, además, protegen frente a la enterocolitis necrosante en neonatos, sobre todo en recién nacidos prematuros. Otra característica que tienen los oligosacáridos de la leche materna es que poseen estructuras parecidas a los receptores de la superficie celular y compiten con ellos, con lo cual impiden la adhesión de las bacterias y gérmenes a la superficie epitelial. Esta acción de bloqueo también es eficaz en los tramos respiratorios superiores. La parte nitrogenada de los oligosacáridos tiene un peso importante en los beneficios mencionados, al igual que el resto de los productos

del metabolismo nitrogenado que forman parte de la fracción nitrogenada no proteica de la leche materna y que también están en la leche materna en una proporción superior a la de otras especies de mamíferos. Esta superioridad es adecuada en la leche materna, pero el nitrógeno no puede ser procesado si hay glicina y este aminoácido se encuentra en la leche de vaca y leche adaptada, por lo tanto, si se suplementa la leche materna con leche artificial, se interfiere de una forma negativa en el equilibrio que proporciona la lactancia materna exclusiva (Castillo Belén et al., 2009; Gómez Gallego, Pérez Conesa et al., 2009; Juez García et al., 2010; Maldonado Lobón, 2017; Lozano de la Torre, 2000, 2010; Osorio y Umbarila, 2015; Salazar et al., 2009).

- **Grasas.** Aportan alrededor del 50% de las calorías. Es el elemento que más varía en la composición de la leche materna. La mayor parte son triglicéridos, pero también se encuentran otras grasas como fosfolípidos, monoglicéridos, diglicéridos, colesterol y ácidos grasos libres. El contenido de colesterol es mucho más alto en la leche materna que en la mayoría de las leches artificiales adaptadas para el lactante, sin embargo, esto no es perjudicial. Se relaciona la exposición a temprana edad de niveles elevados de colesterol con niveles disminuidos en años posteriores. Los ácidos grasos de la leche materna cubren las necesidades de ácidos grasos esenciales del bebé y son mayoritariamente de cadena larga e insaturados (ácido oleico, palmítico, linoleico, linolénico, alfa-linolénico, araquidónico, docosahexanoico...). También hay ácidos grasos de cadena muy larga y algunos de cadena media. En la leche de vaca y adaptada el tipo predominante de ácidos grasos es diferente. Estos nutrientes no son químicamente estables, pero los antioxidantes de la leche materna les dan estabilidad hasta su absorción. Los ácidos grasos componen las estructuras de las membranas celulares, defienden contra múltiples gérmenes patógenos, colaboran en los procesos oxidativos, intervienen en el transporte del colesterol, se incorporan a las membranas celulares neuronales y, son necesarios para el desarrollo de la función neural, retiniana y desarrollo cerebral cortical, además de ayudar a la síntesis de prostaglandinas (algunas con propiedades antioxidantes) y a la formación de la sustancia gris y de eicosanoides. Los eicosanoides son moléculas que actúan favoreciendo al sistema nervioso central, la respuesta inmune y la inflamación. Los lípidos estructurales constituyen el 60% del cerebro humano. Por otro lado, aunque en la leche de fórmula

adaptada para el lactante humano se añaden algunos ácidos grasos, no se consigue la misma proporción, biodisponibilidad y funciones de estos lípidos. Además, el sistema digestivo del neonato no está totalmente desarrollado para digerir las grasas, pero, en la leche materna hay una enzima denominada lipasa que desdobla las grasas en glicerina y ácidos grasos y que ayuda a la digestión de este nutriente. Esta enzima es específica de la leche materna. Este componente sólo se encuentra en la leche materna de la especie humana y en la de la de los gorilas. Por otra parte, se encuentran los gangliósidos (ya mencionados) que en la leche materna están en mayor proporción que en las leches artificiales y que tienen un papel importante en el desarrollo del cerebro y del tejido nervioso y en la inmunidad. Algunas fracciones de las grasas de la leche materna poseen o facilitan la actividad bactericida (Hernández Aguilar, 2015; Horta, Bahl, Martines y Victora, 2007; Juez García et al., 2010; Lozano de la Torre, 2010; Maldonado Lobón, 2017; OMS, 2010; Pavón Belinchón et al., 2007; Rodríguez Belmonte et al., 2010).

- **Vitaminas liposolubles e hidrosolubles y minerales.** Se encuentran en la leche de mujer en cantidad suficiente para la nutrición del neonato y posteriormente del niño o niña, pero pueden variar según la alimentación materna. Algunas, como las vitaminas A, C y E, destacan por su valor antioxidante. Este efecto es importante porque el neonato, tras el nacimiento, presenta un gran estrés oxidativo al que le hace frente con cierta dificultad. Este estrés es aún más preocupante en el neonato prematuro porque la maduración del sistema antioxidante y el traspaso de elementos antioxidantes madre-hija/hijo, se da los últimos meses del embarazo. En la leche de mujer la vitamina A y E es superior a la que hay en la leche de vaca y, en el calostro, se encuentra en doble concentración si se compara con la leche madura. La vitamina K también está en cantidad muy superior en el calostro y, si no se da al neonato el calostro y la leche temprana, se produce un elevado riesgo de sufrir enfermedad hemorrágica, ya que hasta las 2 semanas de vida los neonatos no producen esta vitamina en su flora intestinal. La vitamina D está en cantidades bajas en la leche humana, pero los neonatos y lactantes amamantados con pecho exclusivo pueden tener suficiente vitamina por la dosis que hay en la fase acuosa de la leche, siempre que reciban suficiente sol y la madre tenga un buen aporte de aceites marinos. Las

vitaminas de la leche materna cumplen muchas funciones, por ejemplo, las vitaminas B12 y B9 actúan como prebióticos. La concentración de vitamina B12 es baja, pero tiene alta biodisponibilidad, ya que en la leche materna se encuentran proteínas fijadoras de las vitaminas y factores específicos de transferencia. Por otra parte, la concentración de niacina, ácido fólico y ácido ascórbico en la leche humana es superior a la concentración de otras especies (Hernández Aguilar, 2015; Juez García et al., 2010; OMS, 2010; Pavón Belinchón et al., 2007; Salazar et al., 2009).

- **Enzimas.** En la leche de mujer también se encuentran más de 60 enzimas, entre las que destacan la amilasa, la lipasa y la tripsina. Realizan diversas funciones específicas de la leche humana, unas señalan los cambios en la glándula mamaria, otras son básicas para el desarrollo neonatal, muchas tienen efecto bactericida o bacteriostático y un gran número tienen efectos antioxidantes. Por ejemplo, la lisozima y la lactoperoxidasa. Esta última es fabricada por los macrófagos de la leche materna y se adapta a las necesidades de los prematuros y las hay que provocan aumento de la producción de las enzimas digestivas por el mismo lactante. También están como antioxidantes la enzima catalasa, la enzima superóxido dismutasa, la enzima glutatión oxidasa y otras. Como muchos elementos de la leche materna, varían según las necesidades del lactante, poseen una biodisponibilidad específica, no se conocen en su totalidad y, por lo tanto, no se pueden imitar en las leches artificiales adaptadas para el lactante humano. A la vez, en la leche materna también se encuentran factores inhibidores protectores, como algunos que inhiben enzimas que favorecen la oxidación y otros aspectos desfavorecedores (Castillo Belén et al., 2009; Hernández Aguilar, 2015; Juez García et al., 2010; Maldonado Lobón, 2017; Pavón Belinchón et al., 2007; Salazar et al., 2009).

- **Hormonas de la especie humana.** Destacan porque, al igual que en la leche de otras especies, en la leche materna las hormonas son específicas de su especie. La cantidad de hormonas presentes es extensa y están formadas por diversos elementos. Destacan: la oxitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas, hormona liberadora de gonadotropina, factor de liberación de la hormona del crecimiento, insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina, neurotensina, hormona de liberación de la tirotrópina, hormona tiroideo estimulante, tiroxina,

triodotironina, eritropoyetina, leptina, etc. La leche materna también parece tener influencia en la liberación de hormonas por el lactante. Las hormonas de la leche humana tampoco se pueden imitar para añadirlas a las leches artificiales adaptadas al lactante (Castillo Belén et al., 2009; Gómez Gallego, Pérez Conesa et al., 2009; Juez García et al., 2010; Maldonado Lobón, 2017; Pavón Belinchón et al., 2007; Salazar et al., 2009).

- **Nucleótidos y sus metabolitos derivados.** Vienen a ser alrededor del 20% de la parte nitrogenada no proteica de la leche materna. Merecen una mención especial por su participación en procesos fisiológicos y bioquímicos, como gestión de energía y absorción de grasas. Además, participan en la síntesis de ácidos nucleicos, carbohidratos, lípidos, proteínas y diversos factores de crecimiento, como el factor de crecimiento epidérmico, el factor de crecimiento similar a la insulina y el factor de crecimiento del tejido nervioso. Estos elementos también intervienen en la respuesta inmune, mejoran el sistema digestivo, hepático y sanguíneo. El aporte de estos componentes al lactante por parte de la leche materna es importante, especialmente en casos de prematuridad, retraso del crecimiento fetal, problemas intestinales, ingesta de nutrientes limitada y etapas de crecimiento elevado, ya que, aunque el lactante los puede sintetizar, en diversas situaciones patológicas, que es cuando más se necesitan, no los sintetiza. Además, hay que recordar que los elementos de la leche materna poseen mejor biodisponibilidad. Todos estos componentes mencionados no se encuentran en la leche de vaca destinada a la nutrición del lactante, se pueden añadir algunos a la leche artificial para lactantes, pero con menor biodisponibilidad (Gómez Gallego, Pérez Conesa et al., 2009; Hernández Aguilar, 2015; Juez García et al., 2010; Maldonado Lobón, 2017).

- **Células no específicas.** Muchas son macrófagos, con funciones de fagocitosis, inmunidad, propiedades bactericidas y fungicidas. Algunas de estas células mejoran el crecimiento del epitelio intestinal, y maduración de enzimas. En la leche materna hay leucocitos en cantidades similares a los que hay en la sangre periférica, pero con mayor número de macrófagos. También se encuentran granulocitos neutrófilos. Estas células tampoco se pueden elaborar para añadirlas a la leche adaptada para el consumo del lactante (Juez García et al., 2010; Maldonado Lobón, 2017; Salazar et al., 2009).

- **Células inmunocompetentes específicas.** Son los linfocitos B y T. Tienen función defensiva a nivel de todo el organismo, actividad citotóxica frente a patógenos y formación de anticuerpos específicos. La inmunidad directa de madre a hijo o hija se produce sobre todo en la lactancia materna y, en ocasiones, la leche humana provoca la producción de sustancias inmunológicas específicas contra patógenos con los que ha estado en contacto la madre. Las defensas maternas pasan al niño o niña y, como muchos elementos de la lactancia materna, también están diseñadas de forma que el tracto intestinal del menor no las estropea. En el calostro las defensas están más concentradas, pero, como normalmente cuando el lactante toma leche madura toma más cantidad, al final, el aporte de defensas es muy semejante mientras dura la lactancia. Las leches adaptadas carecen de estas células (Castillo Belén et al., 2009; Juez García et al., 2010; Maldonado Lobón, 2017; Salazar et al., 2009).
- **Minerales.** La leche materna tiene diversos minerales como calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio, flúor, cobre, selenio, cobalto, cromo, manganeso, aluminio, plomo, cadmio y yodo. En general, hay mucha diferencia entre la cantidad y calidad de los minerales de la leche materna y los de la leche artificial adaptada para el consumo del lactante. La concentración adecuada de los minerales en la leche materna no depende de la dieta de la madre, ya que se obtienen de forma compensatoria y se logran cantidades adecuadas en la leche materna sin modificar las reservas de la madre y, en general, no suponen un problema ni por escasez, ni por exceso. Casi todos los minerales en la leche humana están en concentraciones más bajas y más adaptados a las necesidades nutricionales y metabólicas del lactante que los minerales de la leche artificial. En el caso del calcio y fósforo resalta que su relación y disponibilidad es diferente en la leche materna y en la leche de vaca y leche adaptada. Esto provoca que en ocasiones se dé hipocalcemia en los lactantes que toman leche artificial, o, por otra parte, incluso se pueden formar partículas que causen obstrucción intestinal. En el caso del hierro hay que señalar que diversos componentes de la leche materna hacen que este se absorba en cantidades mucho más elevadas que el hierro de la leche de vaca, de la leche artificial y de los preparados de hierro, por lo tanto, se necesita menos cantidad de hierro. En el caso del zinc, hay que añadir, que este elemento es muy importante para la estructura y funcionamiento de las enzimas, además de para la

inmunidad celular. Se han detectado algunos problemas de deficiencia de zinc en lactantes alimentados con leche artificial, que tienen como consecuencia una enfermedad denominada acrodermatitis enteropática y se ha utilizado como tratamiento la administración de leche materna. Por otra parte, en la leche natural hay cobre, cobalto y selenio, estos minerales están más elevados en la leche materna (al contrario que la mayoría de los minerales). Se han observado anemias microcíticas hipocrómicas y alteraciones neurológicas a causa de escasez de cobre sólo en lactantes alimentados con leche artificial. El cromo, manganeso y aluminio también están en menores cantidades en la leche humana y destacan porque están relacionados con el aprendizaje posterior y con el crecimiento de los huesos. En este caso, un aporte mayor de lo necesario podría interferir con estas actividades. Con respecto al plomo, aunque la madre consume más cantidad de la recomendada, este pasa en menos cantidad a los lactantes alimentados con leche materna que a los que lo hacen con leche artificial. Con respecto al sodio es importante saber que la leche de vaca tiene un nivel muy elevado de sodio y precisa de modificación adecuada para evitar una hipernatremia en el lactante (Hernández Aguilar, 2015; Juez García et al., 2010; Lozano de la Torre, 2010; Maldonado Lobón, 2017).

- **Fragmentos virales.** También merecen mención especial por la imposibilidad o dificultad de ser copiados por las fórmulas artificiales. Una de las funciones que se les reconoce es la de estimular los anticuerpos en los lactantes (Juez García et al., 2010).
- **Poliaminas.** Son unos componentes de la lactancia materna que precisan de más investigaciones para conocer todos sus efectos sobre la salud. Son factores que promueven la maduración digestiva, tienen acción inmunológica y son posibles prebióticos. Su ingesta insuficiente se relaciona con mayor probabilidad de desarrollar una alergia. A dosis altas se ha demostrado que tienen un efecto beneficioso en la maduración intestinal y se cree que la biodisponibilidad de estos factores en la leche humana provoca que se necesiten dosis menores para conseguir el mismo efecto. De todas formas, la leche de vaca y las fórmulas artificiales contienen concentraciones 10 veces inferiores a las encontradas en la leche de mujer (Gómez Gallego, Ros Berruezo, Bernal Cava, Pérez Conesa, Periago Castón, 2008; Gómez Gallego, Pérez Conesa, et al., 2009; Guasco Herrera et al., 2014; Hernández Aguilar, 2015; Maldonado Lobón, 2017).

- **Sustancias diversas**, como los polifenoles, flavonas e isoflavonas, micronutrientes con diferentes propiedades, como, por ejemplo, antioxidantes (Hernández Aguilar, 2015).

2.2.2- Aspectos medioambientales

De forma especial, por sus posibles repercusiones, hay que mencionar que desde hace un tiempo hay un aspecto sobre la leche materna que genera preocupación. Este aspecto es la presencia en la leche materna de compuestos químicos procedentes de la contaminación ambiental y el posible peligro de toxicidad para el lactante (Díaz-Gómez, De Alba, et al., 2013; Muñoz, E., et al., 2015).

Según diferentes autores, hay numerosos agentes químicos que interfieren con la salud. El ser humano convive con plomo, fluoruro, dioxinas, cadmio, benceno, mercurio, arsénico, asbestos, plaguicidas, parabenos, halocarburos, hidrocarburos aromáticos, etc. Estos agentes pueden llegar al organismo humano por el consumo de alimentos, mediante su contacto en la piel o por inhalación, por el uso de jabones, cosméticos, pinturas, barnices, materiales, textiles, utensilios, aparatos o cualquier otro elemento u objeto del que puedan desprenderse (Burillo-Putze et al., 2014; Ibarluzea, Aurrekoetxea, Porta, Sunyer y Ballester, 2016; OMS, 2017b; Zubero et al., 2010).

La contaminación ambiental es universal y se da en todos los países del mundo, en mayor o menor medida. En España y gran parte de los países desarrollados se ha producido una gran concienciación en este tema y han puesto en práctica una serie de medidas encaminadas a conocer las concentraciones y consecuencias de estos agentes químicos en el organismo. Estas medidas son conocidas como biomonitorización. El objetivo principal es investigar para poder actuar sobre el ambiente, el sector agrícola y ganadero y los productores de contaminación. En España se pueden encontrar diversos proyectos encaminados hacia este fin. Hay proyectos de biomonitorización en Cataluña e Islas Canarias, también hay y un programa de biomonitorización en población adulta trabajadora española y, desde hace varios años, hay un proyecto infantil “el proyecto INMA” (Infancia y Medio Ambiente). En este proyecto se integran diferentes áreas de estudio españolas, Asturias, Guipúzcoa, Sabadell, Ribera d’Ebre, Granada y Valencia y, a

parte de la acción de los contaminantes en la población infantil, se estudian diversos aspectos que se relacionan con la salud infantil (Gascon et al, 2017; Ibarluzea, et al., 2016; Llop et al., 2013; Porta et al., 2008).

El feto principalmente, al ser un organismo en formación, tiene una sensibilidad especial a los contaminantes y se ha visto que las sustancias contaminantes pueden provocar alteraciones neuropsicológicas y físicas. Los neonatos, lactantes, niñas, niños y adolescentes, también son muy sensibles a los contaminantes, ya que aún se están desarrollando y, además, como las sustancias tóxicas tienen efecto acumulativo, las sustancias nocivas que acumulan con el paso del tiempo ejercen su toxicidad durante más tiempo que en un adulto (Díaz-Gómez, De Alba, et. al, 2013; Gascon et al, 2017; Ibarluzea, et al.,2016; Llop et al., 2013; Porta et al., 2008).

El convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes eligió como uno de los indicadores para recoger información relacionada con los contaminantes orgánicos persistentes, el análisis de la lactancia materna, ya que en este fluido se pueden detectar, con facilidad y de forma no invasiva, los contaminantes liposolubles que afectan a la población humana. Estos análisis en ocasiones se traducen en noticias sobre contaminación de la leche materna que alarman a la población y que pueden provocar que los lactantes pasen a ser alimentados con lactancia artificial. Pero la contaminación no sólo afecta a las mujeres de la especie humana. Hay que tener en cuenta que las fórmulas infantiles también contienen contaminantes químicos. En el caso de la leche artificial de vaca adaptada para el consumo del lactante se pueden encontrar agentes químicos tóxicos que han afectado a la vaca igual que pueden afectar a una mujer, y lo mismo ocurre con los derivados de la soja y resto de alimentos que pueden traducirse en fórmulas adaptadas para el consumo de los lactantes, niños y niñas. Por otra parte, hay evidencia científica de que la leche materna, como se adapta a las necesidades del lactante, reporta factores de protección que minimizan los efectos de la exposición a los contaminantes, incluso a los contaminantes que afectaron al feto. Se han realizado varios estudios que han evidenciado efectos positivos en el desarrollo de niñas y niños que consumieron lactancia materna en ambientes contaminados, frente a los que consumieron lactancia artificial adaptada para su consumo. De todos modos,

la mejor forma de proteger a los menores, las madres y la población en general, es la reducción de la contaminación ambiental. Hay estudios como el realizado en 2016 por Galiano Segovia y Moreno Villares sobre los alimentos orgánicos en la alimentación infantil que apuntan a una menor contaminación infantil a agentes tóxicos cuando se consumen alimentos cultivados de forma ecológica. Pero, en general, los hallazgos de los diferentes estudios destacan, que aunque ya se han obtenido algunas ideas, hay el desconocimiento sobre muchas sustancias, combinación de diferentes agentes tóxicos ambientales, efectos y como prevenirlos, y por tanto, es muy importante continuar con las investigaciones sobre estos factores y las posibles soluciones para proteger a la población, en especial a las gestantes y menores, además de conseguir la concienciación, esfuerzo y puesta en marcha de medidas políticas y de toda la población para la disminución de este problema (Burillo-Putze et al., 2014; Díaz-Gómez et al., 2013; Galiano Segovia y Moreno Villares, 2016; Gascon et al, 2017; Ibarluzea, et al., 2016; Llop et al., 2013; OMS, 2017b; Porta et al., 2008; Zubero et al., 2010).

2.2.3- Aspectos biofísicos

En la succión de leche en biberón o directamente del pecho no se utilizan los mismos músculos. Al nacer, el neonato tiene la mandíbula aproximadamente un centímetro más atrás que el maxilar superior y esto provoca que haya un espacio que se ocupa con la lengua. Con el amamantamiento la mandíbula se desplaza más de un centímetro hacia adelante en los primeros días y, a los seis u ocho meses llega a una posición correcta. Al obtener leche directamente de la glándula mamaria se reparten los estímulos nerviosos a los centros propioceptivos de labios, lengua, mejillas, músculos y articulación temporo mandibular y esto provoca que se activen y creen fisiológicamente los circuitos nerviosos que provocarán el crecimiento adecuado de la mandíbula, de sus músculos y de sus articulaciones. Con la utilización del biberón se realizan actividades diferentes como que, el lactante no cierra los labios con la misma fuerza que lo hace al mamar, la lengua genera presión en sitios diferentes y no hace movimiento de protrusión. Tampoco hace ordeño, sólo realiza succión y movimientos mandibulares de apertura y cierre y, además, tiene una menor excitación y ejercitación a nivel de la

musculatura bucal que no favorecerá el crecimiento y desarrollo mandibular y esto puede provocar alteraciones como problemas en la oclusión dentaria, apiñamiento de los dientes, disfunción masticatoria (mordida cruzada o mordida abierta), deglución atípica, problemas en la fonoarticulación, trastornos en la postura y respiración bucal. La respiración bucal provoca, a su vez, problemas en la ventilación, incremento de las infecciones respiratorias, apnea, pérdida de audición y trastorno del desarrollo torácico. Asimismo, diversos estudios señalan que los lactantes amamantados presentan menos incidencia de caries dental (Glazer Peres, Morales Cascaes, Giacomelli Nascimento y Gomes Victora, 2015; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Paredes Núñez y Valdivieso Vargas-Machuca, 2008; Salone, Vann y Dee, 2013; Vilchez Quintana, 2016).

Se puede concluir que la lactancia materna directa, durante un periodo extenso de tiempo (6 meses o más), proporciona mejoras en el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales que intervienen en la succión, deglución, masticación, respiración y fonación y en su movilidad. Además, como estimula el crecimiento del tercio inferior de la cara, influye en ciertas características faciales. Por el contrario, la alimentación con biberón puede provocar problemas en los hábitos de succión, en la cavidad bucal y en el desarrollo de los maxilares (Glazer Peres, et al., 2015; Paredes Núñez y Valdivieso Vargas-Machuca, 2008; Salone, Vann y Dee, 2013; Sosa Sánchez, Reyes Suárez, Pérez Navarro y Mato González, 2017; A. Vilchez Quintana, 2016).

2.2.4- Aspectos psíquicos

Según diversos autores, la niña o niño que ingiere la lactancia materna recibe elementos que ayudan a mejorar el desarrollo psicomotor, mental y cognitivo. Estos elementos promueven el aprendizaje y provocan mejores resultados escolares (Gorrita Pérez, Ortiz Reyes y Alfonso Hernández, 2016; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Horta, Loret de Mola y Victora, 2015; Jain, Concato y Leventhal, 2002; Lozano de la Torre, 2000; Lozano de la Torre, 2010; Marín Ospina, Jiménez y Villamarín Betancourt, 2016; OPS-OMS, 2016; Victora, Horta, et al., en 2015).

Lozano de la Torre, en 2010, en un libro editado por la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y, por la Asociación Española de Pediatría, describe una serie de diferencias en el desarrollo del cerebro y sistema nervioso del lactante según la alimentación recibida desde el nacimiento. En el lactante alimentado con leche artificial adaptada para su consumo aparece menos cantidad de ácido siálico y de ácido docosahexaenoico en la sustancia gris y en la sustancia blanca cerebelosa. Además, en estos lactantes, la maduración cerebral es más pobre al año de vida y la consecución de la conducción nerviosas central y periférica es más lenta. Todo lo anterior comparado con los lactantes alimentados con lactancia materna. A la vez, según esta autora, si se observa a las niñas y niños prematuros, también hay mayor deficiencia en el desarrollo psicomotor, desarrollo neurovisual y maduración del tronco cerebral en prematuros alimentados con leche artificial.

Victoria, Horta, et al., en 2015, investigaron la relación entre logros educativos a la edad de treinta años y el tipo de alimentación en los primeros meses de vida. Los resultados obtenidos apuntan a mayores logros cuando se recibió lactancia materna.

En la misma línea, en marzo de 2017, varios autores realizaron un estudio multicéntrico español (dentro del entorno del proyecto INMA) y llegaron a la conclusión de que hay una relación entre elevada duración de la lactancia materna y un mejor desarrollo, mejor función cognitiva y menos incidencia de rasgos autistas (Boucher et al., 2017).

Por otra parte, con la lactancia materna se produce un mejor vínculo afectivo y menos riesgo de maltrato infantil, ya que el contacto físico es mayor y se produce un intercambio de olores y sonidos entrañables. La acción de amamantar es un medio de facilitar el apego, es un contacto muy íntimo que incluye aspectos de bienestar, amor, seguridad y comunicación que favorece tanto a la madre, como a su descendiente. Además, en la leche materna se encuentra una sustancia, el triptófano, que se traduce en sensaciones placenteras para el lactante, al igual que en la mujer provoca la liberación de la oxitocina que produce esas mismas sensaciones a la madre (Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Lozano de la Torre, 2010; Marín Ospina, et al., 2016).

2.2.5- Reducción de riesgos

Después de la observación de las características de la lactancia materna es importante comparar la relación entre el tipo de alimentación que recibe el lactante y el nivel de salud o enfermedad de este. Muchos autores afirman que la alimentación con lactancia artificial puede suponer un riesgo para la salud del lactante y que no debería ser necesario resaltar los beneficios de la lactancia materna, sino tener en cuenta los riesgos de la alimentación con lactancia artificial adaptada al consumo del lactante (Lozano de la Torre, 2010; Maldonado Lobón, 2017; véase también Hernández Hernández et al., 2015; OMS, 2010; Osorio y Solanye Umbarila, 2015; Serra, 2016; Serrano y Harris, 2016).

La leche artificial para lactantes se fabrica a partir de leche de vaca o productos de soja modificados por la industria. Se intentan ajustar los nutrientes, pero las diferencias cualitativas y diversos factores bioactivos no pueden ser imitados. Asimismo, en los preparados de leche artificial de soja elaborados para el consumo del lactante se encuentran fito-estrógenos que pueden actuar como estrógenos y producir efectos negativos en la salud y desarrollo del menor. Además, la leche artificial adaptada para el consumo del lactante no es un producto estéril, se han encontrado bacterias patógenas, como el *Enterobacter sakazakii* en la leche comercial en polvo (OMS, 2010).

En el año 2014 se publicaron las últimas recomendaciones sobre el contenido en energía y nutrientes para la elaboración de fórmulas de inicio y de continuación. Con posterioridad, en el año 2016, se ha modificado y actualizado la normativa de los preparados para lactantes y los preparados de continuación. Sin embargo, a pesar de las últimas modificaciones, diversos autores afirman que aunque el reglamento indica la adición y modificación de muchos de los componentes de la leche artificial destinada al consumo de los lactantes, esta, está muy lejos de proporcionar la nutrición óptima y funcional que proporciona la leche de mujer, por lo tanto, se puede afirmar que con la alimentación natural se reducen en un nivel elevado los riesgos que todo neonato, lactante y niño pequeño tiene que afrontar (Maldonado Lobón, 2017; véase también Hernández Hernández et al., 2015; Osorio y Solanye Umbarila, 2015; Serra, 2016; Serrano y Harris, 2016; WHO, UNICEF y IBFAN, 2016).

Otro aspecto sobre la alimentación con lactancia materna que hay que tener en cuenta es que, a pesar de la aceptación por numerosos expertos y autores de que esta alimentación actúa a favor de la salud del binomio madre-lactante y trae consigo el óptimo desarrollo del lactante, ni se conoce con exactitud a que sistemas y órganos protege, ni el grado de actuación a largo plazo, años después de haber sido ingerida. Además, por una parte, hay que tener en cuenta que, a la hora de realizar estudios comparativos sobre alimentación con lactancia materna y alimentación con lactancia artificial, se encuentra el problema de que éticamente los bebés no pueden ser asignados al azar a una forma de alimentación o a otra. Por otra parte, no se puede omitir la existencia de estudios que señalan aspectos que otros desmienten o consideran no probados. A la vez, hay numerosas revisiones bibliográficas para tratar de esclarecer cual es la evidencia científica sobre los aspectos enfrentados, pero muchas de estas revisiones llegan a la conclusión de que hacen falta más estudios diseñados con misma forma de recogida de datos, igual definición de puntos, idéntica metodología y similitud en la elaboración del resto de apartados. A esta conclusión llega, por ejemplo, un grupo compuesto por expertos de diferentes países pertenecientes a la Sección de Pediatría de la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica. Estos investigadores revisaron la literatura existente sobre el tema de alergia e inmunología y realizaron un análisis por pares de diversos estudios. Se recogieron investigaciones observacionales y de intervención, que cumplieran los niveles de evidencia definidos por la OMS y, aunque sí reflejan el papel protector de la lactancia materna frente a las alergias, plantean déficits en la elaboración de varios de los trabajos de investigación observados (Muraro et al., 2004). Por otra parte, se puede observar otro estudio de revisión sistemático y de metaanálisis publicado por la OMS en el año 2007. En el trabajo mencionado se analizó la evidencia de los efectos de la lactancia materna a largo plazo según diversas investigaciones realizadas a nivel mundial. Se revisaron los artículos que estudiaron sobre todo la relación entre alimentación con lactancia materna o artificial y la aparición o no, años después, de diabetes tipo 2, hipertensión, problemas cardiovasculares, colesterol, sobrepeso y obesidad, además de, si el rendimiento intelectual era diferente. El estudio de revisión sistemática llegó a la conclusión de que la evidencia disponible sugiere que recibir lactancia materna puede traducirse en mayor salud largo plazo, con

menor incidencia de las patologías mencionadas y mayor rendimiento en pruebas de inteligencia, pero este mismo estudio también refiere que estos datos deben interpretarse con precaución por las variaciones que pueden darse por otros motivos y que no se han tenido en cuenta en las diferentes investigaciones (Horta, Bahl et al., 2007). Con todas estas afirmaciones coincide otro estudio editado por la Organización Panamericana de la Salud (León-Cava, Lutter, Ross y Martin, 2002). Asimismo, en la misma línea también se encuentra otro trabajo de revisión sistemática y metaanálisis que llegó a la conclusión de que hay evidencia limitada para establecer una asociación significativa entre la lactancia materna y el riesgo de linfoma de Hodgkin. Su limitación, según los autores de la revisión, se debe a diversos factores no controlados, expresados o ajustados (Ke-Lai, Chun-Lan, Yan, Hong-Yi, 2013). De forma similar, otra investigación realizada en los países desarrollados sobre la evidencia de los efectos de la lactancia materna en madre y lactante a corto y largo plazo reconoce múltiples efectos positivos, pero aconseja mejorar la forma de recogida de datos, el control de los factores de confusión y la evaluación cegada de los resultados (Ip et al., 2007). Otro ejemplo podría ser una investigación reciente sobre la posible protección de la lactancia materna en la aparición del trastorno del espectro autista. Este trabajo apunta a que hay cierta evidencia de esta protección, pero que para poder ratificarlo se necesitan más estudios, con más población y con más control de los factores de confusión (Manohar, Pravallika, Kandasamy, Chandrasekaran y Rajkumar, 2018). A su vez, un metaanálisis realizado por Tseng et al., en 2017, apunta en la misma dirección. Uno de los posibles factores que puede provocar diferencias entre los menores alimentados con leche materna y los menores alimentados con leche artificial, y que por lo tanto puede actuar como factor de confusión, es la clase social. De forma simultánea, hay estudios que aluden a que la incidencia de la lactancia materna en muchos países varía según la clase social. Se ha visto que en los países de bajos ingresos las personas de las clases sociales bajas alimentan en mayor número con lactancia materna. A su vez, en los países de altos ingresos las que alimentan en mayor número con lactancia materna son las mujeres de las clases sociales altas. El hecho de pertenecer a una clase social u otra, o, a un país u otro, puede implicar diferencias entre los menores en aspectos como ambiente, higiene y/o alimentación. Estas desigualdades tienen posibilidad de perjudicar o beneficiar la

salud del menor con independencia de la alimentación recibida en la etapa de lactancia (Horta, Bahl, et al., 2007). Como este factor se pueden encontrar más. Otros ejemplos de factores de confusión pueden ser: con respecto al mayor rendimiento en las pruebas de inteligencia, el hecho de recibir estimulación temprana o no y el nivel educación de la familia próxima; con respecto a la salud cardiovascular, si se realiza actividad física o no; con respecto a la salud en general, los hábitos y salud materna durante el embarazo, la edad materna, los problemas periparto ..., y así se pueden encontrar diversos ejemplos. Asimismo, los investigadores refieren que, aunque cualquier volumen de LM es protector, la diferente duración de la lactancia conlleva diferentes efectos, ya que no es lo mismo alimentarse con leche natural unos días, unos meses o unos años. Tiene especial efecto beneficioso una duración mayor y la exclusividad en el primer semestre de la vida del lactante. Además, otro aspecto que hay que tener en cuenta es que, si se estudia la salud actual de personas que tomaron leche artificial hace 10, 20 ó 30 años, se está estudiando a personas que tomaron una leche artificial que no tenía las mismas características y componentes que tienen las leches artificiales actuales (Brahm y Valdés, 2017; Horta, Bahl, et al., 2007; León-Cava et al., 2002; OMS, 2013; Victora, Horta et al., 2015).

Sin perder de vista lo que se acaba de mencionar, se ha recogido información sobre diferentes aspectos relacionados con la lactancia materna en diversos estudios (Aguilar Cordero, González Jiménez et al, 2010; Aguilar Cordero, Madrid Baños et al., 2015; Aguilar Cordero, Sánchez López et al., 2015; Alves, Flanagan, Ellard, Mackay, 2012; Aparicio Rodrigo y García Vera, 2011; Boucher et al., 2017; Bowatte et al., 2015; Bachrach, Schwarz y Bachrach, 2003; Brahma y Valdés, 2017; Butte, López-Alarcón, Garza, 2002; Castillo Belén et al., 2009; Chia-Gil, et al., 2013; Chowghury et al., 2015; Cigarran Guldris et al., 2017; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004, 2012, 2015, 2016a; Eidelman, 2012; Eidelman y Schanier, 2012; Feldman-Winter y Goldsmith, 2016; Gartner et al., 2005; Gómez Gallego, Pérez Conesa et al., 2009; Gómez Gallego, Ros Berruezo et al., 2008; Grummer–Strawn, Zehner et al., 2017; Grummer-Strawn y Rollins, 2015; Guasco Herrera et al., 2014; Guijarro de Armas, et al., 2009; Hansen, 2016; Hausen, 2009; Hernández Aguilar, 2015; Hernández Aguilar

y Aguayo Maldonado, 2005; Hernández Hernández et al., 2015; Horta, Bahl et al., 2007; Horta, Loret de Mola et al., 2015; Icaza-Chávez, 2013; Jain et al., 2002; Johnson et al., 2014; Juez García et al., 2010; Ke-Lai, et al., 2013; Kramer y Kakuma, 2012; Latham, 2002; Lawrence y Lawrence, 2004, 2007; León-Cava et al., 2002; Lodge et al., 2015; Lozano de la Torre, 2000, 2010; Maldonado Lobón, 2017; Manohar et al., 2018; ; Marín Ospina et al., 2016; Martínez-Galán et al., 2017; Martínez Sabater, 2014; Molinari et al., 2012; Morgan, 2003; Muñoz, Casanello et al., 2015; Muraro et al., 2004; OMS, 1985, 1998, 2001, 2002, 2003, 2007, 2009, 2010, 2015a, 2015b, 2017a, 2017b; OPS-OMS, 2016; Osorio y Solanye Umbarila, 2015; Pallás Alonso, 2006; Parrilla Gil, 2014; Pavón Belinchón et al., 2007; Rodríguez Belmonte et al., 2010; Salazar et al., 2009; Salone et al., 2013; Sánchez Ruiz-Cabello y Ortiz González, 2014; Serra, 2016; Serrano y Harris, 2016; Sinha et al., 2015; Souza (de) Vargas y Flores Soares, 2010; Sung et al., 2014; Tham et al., 2015; Urquizo Arestegui, 2014; Vilchez Quintana, 2016; Victora, Bahl et al., 2016; Vitoria, Horta et al., 2015; Vitoria Miñana, 2007; Weiner, 2001).

Tras la revisión de los estudios anteriores y con las particularidades mencionadas, se puede afirmar que al alimentar con lactancia materna se evidencia posibilidad de lograr:

- Nutrición óptima, con calidad, componentes, consistencia, temperatura, variabilidad y adaptabilidad a las necesidades nutricionales, inmejorable.
- Desarrollo y crecimiento normal. Mayor crecimiento lineal.
- Mejor digestión.
- Protección específica ante gérmenes patógenos y desarrollo de la inmunidad y, por lo tanto, descenso del riesgo de sufrir enfermedades infecciosas.
- Organización adecuada de los patrones sensoriales.
- Regulación de los ritmos basales y estado de alerta. Esta regulación debilita el riesgo de sufrir apneas extensas, asfixia por aspiración y muerte súbita del lactante.
- Desarrollo correcto de las estructuras que intervienen en la succión y masticación.
- Una buena fonoarticulación del lenguaje.
- Mitigar los efectos de la exposición prenatal a los tóxicos.
- Desarrollo neuronal y psicomotor adecuado.

- Mejor capacidad de aprendizaje.
- Menor trastornos en el lenguaje.
- Mayor capacidad intelectual, mejor desarrollo intelectual y motor. Mejor coeficiente intelectual mejor resultado en las pruebas de inteligencia.
- Establecimiento de apego y vínculo adecuado.
- Mejor oxigenación, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura corporal en los neonatos prematuros.
- Mejor salud en la edad adulta, aumento de años y calidad de vida.

Del mismo modo y con las mismas particularidades, al alimentar al lactante con lactancia natural se obtiene una disminución en la probabilidad de que sufra:

- Alergias de todo tipo (a alimentos, a pólenes, pelo de animales, etc.) y de las consecuencias relacionadas, como gastroenteropatías, cólicos, diarrea, sangre en las deposiciones, vómitos, pérdida de peso, malabsorción, colitis, alteración del crecimiento, dermatitis atópica, eczema, rinitis alérgica, asma, sibilancias, trastornos al dormir a causa de las sibilancias, enfermedad pulmonar crónica, eosinofilia y muerte súbita por reacción anafiláctica a la leche de vaca. La disminución de la posibilidad de padecer alergias en lactantes alimentados con lactancia materna se hace más evidente si hay historia familiar de alergias.
- Enfermedad celiaca.
- Enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn.
- Artritis reumatoide juvenil.
- Enfermedad tiroidea autoinmune.
- Muerte súbita de etiología desconocida.
- Déficit atencional, trastorno generalizado del desarrollo y alteraciones de conducta.
- Enterocolitis necrotizante (en especial en neonatos prematuros).
- Estreñimiento.
- Diarrea.
- Anemia.
- Sobrecarga renal.

- Diferentes infecciones respiratorias de vías altas y bajas, bronquiolitis y/o neumonía (Virus respiratorio sincicial, Neumococo, haemophilus influenzae, etc.).
- Enfermedad Invasiva por Neumococo.
- Diferentes infecciones gastrointestinales, vómitos y diarrea por diferentes agentes patológicos (infecciones inespecíficas y por agentes como Rotavirus, Giardina Lamblia, Shigella, Campylobacter, E. Coli enterotoxigénica, etc.).
- Diarrea hemorrágica, insuficiencia renal y/o muerte por Escherichia Coli.
- Deshidratación de los lactantes convalecientes de infecciones.
- Meningitis, epiglotitis, neumonía, sepsis y diversas patologías causadas por la infección de la bacteria Haemophilus influenzae.
- Meningitis por diferentes patógenos.
- Infecciones de orina.
- Infecciones cutáneas.
- Sepsis y sepsis neonatal tardía (esta última en especial en neonatos prematuros).
- Poliomielitis.
- Tosferina.
- Salmonelosis.
- Otitis media aguda y otitis media recurrente.
- Leucemia infantil linfoblástica aguda.
- Leucemia infantil mieloblástica aguda.
- Linfoma de Hodgkin, no-Hodgkin y otros tipos de cáncer.
- Neuroblastoma.
- Maltrato.
- Retinopatía del prematuro.
- Displasia pulmonar crónica.
- Obesidad infantil.
- Incidencia de diabetes mellitus en especial del tipo 2, pero también del tipo 1.
- Hipertensión.
- Problemas cardiovasculares.
- Hipercolesterolemia, dislipidemia.
- Déficit atencional.

- Trastorno del espectro autista.
- Alteraciones de la conducta.
- Hospitalización por cualquier patología.
- Dificultades de adaptación a la alimentación complementaria.
- Problemas de desarrollo de las estructuras que intervienen en la alimentación del lactante, maloclusión, mordida abierta y otras dificultades.
- Congestión del sistema adenoideo y que se produce por función succión-deglución anormal.
- Aspiración de nutrientes en vía aérea.
- Alergias, obesidad, problemas intestinales, algunos cánceres, asma, enfermedad de Crohn y otras enfermedades crónicas en la adolescencia y edad adulta.

También se ha documentado que la madre al proporcionar alimentación con lactancia materna obtiene un aumento en las posibilidades de experimentar:

- Mejor recuperación materna postparto y contracción más rápida del útero.
- Mejor equilibrio emocional materno.
- Espaciamiento de los embarazos, menos menstruaciones y pérdida de hierro.
- Mejora en la salud cardiovascular.
- Recuperación del peso previo al embarazo.

Asimismo, se ha observado que las mujeres al suministrar lactancia materna tienen una disminución en el riesgo de padecer:

- Cáncer de mama, ovario y endometrio.
- Osteoporosis.
- Fertilidad durante los meses de lactancia materna exclusiva.
- Hemorragia posparto. Se relaciona el contacto piel con piel más lactancia materna con menos posibilidades de sufrir una hemorragia.
- Peor involución uterina.
- Depresión postparto.
- Artritis reumatoide.
- Diabetes tipo II.
- Anemia ferropénica.

Con respecto al binomio madre e hijo o hija, se ha identificado que la acción del amamantamiento facilita la creación del vínculo madre-bebé y propicia el desarrollo afectivo entre ambos, además de mejorar el apego y la comunicación.

También se argumenta que la lactancia materna con respecto a la familia y resto de sociedad conlleva:

- Ahorro directo para las familias al no tener que comprar la leche, los biberones, calienta biberones, limpiadores especiales y otros utensilios.
- Ahorro en el tiempo de preparación de la alimentación láctea infantil.
- Ahorro en gasto sanitario por menor incidencia de patología, menos gasto en salud pública y menos gastos familiares en fármacos.
- Menor absentismo laboral de la madre, padre, o de ambos, por patología del menor.

Y, con respecto al medio ambiente y la lactancia materna:

- La lactancia materna favorece el cuidado del medioambiente y entra dentro de los objetivos mundiales de desarrollo sostenible.
- La lactancia materna es ecológica, natural y renovable. No precisa elaboración, ni envasado, ni almacenamiento, ni transporte, ni eliminación de envases y otros desechos.
- Para la elaboración de leche materna no se precisa un proceso de fabricación que sea contaminante para el medio ambiente. Tampoco hay gasto de energía asociado. La leche artificial adaptada para el consumo del lactante deja residuos de carbono. Uno de los objetivos mundiales del desarrollo sostenibles es buscar estrategias que disminuyan las emisiones de carbono.
- Con la alimentación natural también se produce ahorro de recursos. Se calcula que se necesitan 4000 litros de agua para producir 1 kilogramo de leche artificial adaptada para el consumo del lactante.
- La alimentación con leche materna también produce ahorro en energía necesaria para esterilizar todo el material del niño y en energía para la fabricación de la leche y los recipientes de la alimentación artificial.
- La leche natural precisa menor uso de detergentes para su preparación diaria.

2.2- Antecedentes históricos

La nutrición es esencial para la supervivencia. Se puede decir que las dos funciones biológicas más importantes, esenciales y relevantes de los seres vivos son la nutrición y la reproducción, las demás funciones o están vinculadas con ellas o no tienen trascendencia para el individuo y/o la especie (Brines, 2002; Brines et al., 2000).

Crawford y Marsh, en 1989, afirmaron que la dieta influye directamente en la evolución de las especies y que el cambio dietético es una gran fuerza impulsora en el desarrollo y progreso de las especies, incluida la humana.

Vivir, construirse, repararse y reproducirse producen modificaciones en los seres vivos. Muchos tipos de cambios son capaces de provocar variabilidad a la hora de regular los genes. Estas variaciones genéticas pueden dar lugar a un proceso evolutivo (Brines, 2002; Brines et al., 2000; Lappalainen y Dermitzakis, 2010; Madrigal y González-José, 2016; McLaren, 1982).

Un error habitual en biología es valorar los cambios evolutivos teniendo en cuenta sólo al organismo adulto. Con este punto de vista se escapan muchos procedimientos de modificación, adaptación y selección. Los seres vivos en las diferentes etapas comprendidas entre la concepción y la adolescencia son más débiles que los adultos y si no consiguen superarlas, no se completa el ciclo vital de los individuos, que es llegar a adulto, reproducirse y transmitir los genes (Brines, 2002; Brines et al., 2000; Madrigal y González-José, 2016).

Con respecto al amamantamiento los mamíferos desarrollan y transmiten los nutrientes que más puedan favorecer el crecimiento y protección de la madre y de su descendencia. Un ejemplo de esto se encontraría en la especie humana en ambientes con escasa alimentación. En condiciones normales la madre aumenta el consumo de energía aportando mayor ingesta calórica para satisfacer el gasto energético de la lactancia, pero en situaciones en las que esto no es posible, el cuerpo materno hace uso de unas estrategias similares a las utilizadas durante la gestación para afrontar el gasto energético de amamantar. Hasta en situaciones de restricciones energéticas extremas la lactancia se puede mantener con una calidad que permite la supervivencia.

Otro ejemplo de mecanismo de evolución, adaptación y defensa natural a madre y descendiente se puede hallar en la teoría que afirma que la amenorrea causada por la lactancia es un mecanismo de protección para evitar un embarazo en momentos que madre y lactante necesitan la energía para ellos. La adecuación del proceso de amamantamiento para el desarrollo y supervivencia es por tanto la consecuencia de la selección natural, no la causa, ya que, si la leche no es adecuada, la descendencia no sobrevive y la información genética no se transmite (Brines, 2002; Brines et al., 2000; Madrigal y González-José, 2016).

Las especies más adaptadas destacan en su nicho ecológico. En el caso de la especie humana esto ocurre en la mayor parte de la tierra y la leche humana es el alimento que ha evolucionado genéticamente, para conseguir la supervivencia y la mejora en el desarrollo del lactante humano (Aizpurua, 2008; Armas, 1998; Barriuso et al., 2007; Brines, et al., 2000; González Fernández, 2011; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Lawrence y Lawrence, 2007; Madrigal y González-José, 2016; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011b, Oliver 2012; Olza, 2013).

La aparición de los primeros mamíferos se remonta a más 200 millones de años atrás. Estos mamíferos se fueron abriendo paso entre las otras especies y consiguieron el triunfo en la evolución hace unos 65 millones de años, cuando desaparecieron los dinosaurios y otros muchos animales, ya que, a diferencia de ellos, los mamíferos pudieron adaptarse y sobrevivir a las condiciones físicas de nuestro planeta. Los homínidos surgieron hace 4 millones de años y evolucionaron hasta llegar al hombre y mujer actual (Brines, 2002; Brines et al., 2000; Madrigal y González-José, 2016; Morgan, 2003).

En la alimentación con lactancia natural hay una parte instintiva y otra que se aprende y transmite y, esta última, es la que se ha deteriorado en la especie humana. La lactancia materna ha variado con cada cultura y sigue variando según épocas, zonas y grupos sociales o culturales, al igual que varían otros aspectos y tradiciones (Becerra Bulla, Peña Álvarez, Puentes Valencia y Rodríguez Cepeda, 2009; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría 2004; Garrido Mayo, 2013; Martínez-Sabater, Siles-González, Solano-Ruiz, Saus-Ortega, 2017; Rodríguez García, 2017).

En el ser Humano la alimentación, además de aportar nutrientes y energía, es una de las manifestaciones socioculturales más importante en la vida de los pueblos y comunidades. El alimento está relacionado con la comunicación y es vehículo de conductas, normas y prohibiciones religiosas o ideológicas. Cada comunidad tiene unas costumbres y tabúes con respecto a la alimentación y selecciona sus alimentos entre los que son más accesibles, según preferencias. La alimentación está influida por realidades históricas, medioambientales y socioeconómicas y es una parte de la vida. La alimentación sirve, a nivel social, para crear relaciones entre las personas y también con sus divinidades, creencias y con el entorno natural. Cada cultura va a determinar lo que puede o no utilizarse como alimento, más allá de su disponibilidad. Por lo tanto, a causa de este papel tan destacado, las prácticas alimentarias son muy difíciles de cambiar, incluso aunque interfieran con una correcta nutrición (Becerra Bulla et al., 2009; Latham, 2002; Olza, 2013).

Es precisamente el cambio en la forma de obtener la alimentación el que hizo, hace 10.000 años, que las mujeres y hombres de aquella época se asentaran y evolucionaran. Y en relación con el tema de esta tesis, destaca que del paleolítico han llegado a nuestra era las Venus paleolíticas, figuras de piedra, hueso o asta que representaban mujeres con cara imprecisa, pero que resaltaban la maternidad y la lactancia con exageración de las partes anatómicas relacionadas (Albet Mas et al., 2015).

A partir del IV milenio antes de Cristo (a. C.) aparecieron las primeras grandes civilizaciones urbanas (Albet Mas et al., 2015). De muchas de estas culturas de la Antigüedad se han encontrado referencias a la lactancia relacionadas con ideas sobrenaturales. Por ejemplo, estaba muy extendida la creencia de que existía un demonio que convertía la leche materna en veneno y hacía enfermar al lactante. Este mito iba unido a la idea de que había, a su vez, una diosa madre-lactante que protegía a las madres y sus descendientes. Este pensamiento se dio en diversas partes del mundo, como, en las culturas mesopotámicas, la cultura hindú, y en las culturas que aparecieron un poco después en la Cuenca del Mediterráneo, tanto en Egipto como en Grecia (Domínguez Rodríguez, 2010; Rodríguez Peinado, 2013).

Por otra parte, desde épocas muy antiguas se ha documentado la existencia de muchas mujeres que preferían o necesitaban una alternativa a la lactancia materna (DeMause, 1974; Lawrence y Lawrence, 2007).

En antiguas tumbas de niños y niñas de diferentes partes de Europa se han encontrado recipientes con boquilla para la alimentación del lactante, lo que vendrían a ser biberones. Algunas de estas tumbas están datadas alrededor del año 2000 a. C. (Castillo Belén et al., 2009; Hernández Gamboa, 2008). La ilustración 1 muestra el enterramiento de un lactante en territorio valenciano datado en el año III d. C. En esta época en los enterramientos era habitual incluir un objeto que había destacado en la vida de la persona enterrada (Vaquerizo Gil, 2010).



**ILUSTRACIÓN 1. LACTANTE ENTERRADO CON UN BIBERÓN.
FOTO REALIZADA EN EL MUSEO DE ARQUEOLOGÍA DE SAGUNTO
(VALENCIA). ELABORACIÓN PROPIA.**

Pero realmente la alternativa a la lactancia natural madre-hija/o, era la alimentación del lactante con nodrizas o amas de cría. Estos términos, en general, hacían referencia a mujeres que amamantaban a los hijos o hijas de otras mujeres. Esta actividad se convirtió con frecuencia en un trabajo remunerado y, en diferentes culturas antiguas, una ocupación muy prestigiosa. En muchas ocasiones las nodrizas llegaron a ser personas importantes y esto fue debido, en parte, a que con frecuencia estas mujeres alimentaban a hijos e hijas de mujeres de clases sociales más altas. En Egipto, por ejemplo, era un honor ser nodriza, muchas nodrizas eran elegidas por el faraón y en general, tenían numerosos privilegios. Otro ejemplo se encuentra en la Grecia Clásica, otra de las culturas antiguas en las que destaca un marcado concepto positivo hacia estas mujeres. (Armas, 1998; Bernal Arias y Orjuela Céspedes, 2014; Hernández Gamboa, 2008; Lawrence y Lawrence, 2007; Martínez Sabater, 2014).

Existen referencias a la alimentación con nodrizas en dos códigos babilónicos:

- Las Leyes de Eshnunna (final del siglo XIX o principio del siglo XVIII a. C.). Aparece el pago a la nodriza que consiste en cebada, aceite y lana durante tres años y también se señala la multa si no se cumple el pago (Martínez Sabater, 2014; Paricio Talayero, 2004; Rodríguez Peinado, 2013; Sanmartín, 1999).
- El Código de Hammurabi (sobre el año 1750 a. C.). Explica el castigo a las nodrizas si muere el lactante, sobre todo si alimenta a otro lactante a la vez sin permiso de los padres (DeMause, 1974; Domínguez Rodríguez, 2010; Sanmartín, 1999).

En Egipto ser nodriza también era una actividad remunerada y, al igual que en Babilonia, tenían que seguir una serie de normas sobre comportamiento, higiene, cuidado personal y sexualidad. No se les permitían ciertas cosas como mantener relaciones sexuales o quedarse embarazadas porque se pensaba que bajaba la calidad de la leche (Arroyo de la fuente, 2006; Becerra Bulla et al., 2009; DeMause, 1974; Hernández Gamboa, 2008; Lawrence & Lawrence, 2007; Martínez Sabater, 2014; Paricio Talayero, 2004; Paris, 2011; Rodríguez García, 2017; Rodríguez Peinado, 2013; Serret Serret, 2015).

En el Éxodo 2: 5-10 (Biblia) escrito sobre el siglo IX a. C hay referencia a las nodrizas. Narra el encuentro de Moisés neonato y la búsqueda de una nodriza para que lo alimentara y cuidara hasta que creciera y se lo devolviera a la hija del Faraón. De igual modo, Jeremías, un profeta hebreo que vivió entre el 650-586 a. C., refleja en la Biblia que las mujeres de su pueblo ya no amamantan y las califica de crueles por este hecho (Lam 4:3-4 de la Biblia). Por otra parte, en la biblia judeocristiana, en el Antiguo Testamento, aparecen hasta diez referencias a las nodrizas en nueve libros distintos y una en el Nuevo Testamento, hecho que destaca la importancia que se le daba a la alimentación del bebe con leche humana por ese método en estas épocas (DeMause, 1974; Hernández Gamboa, 2008; Lawrence & Lawrence, 2007; Paricio Talayero, 2004; Paris, 2011; Rodríguez García, 2015; Rodríguez Peinado, 2013; Serret Serret, 2015).

En la Grecia Clásica, donde las nodrizas eran tan bien consideradas, incluso hubo pensadores y filósofos griegos como Platón (427-347 a. C) que preferían que el lactante se alimentase con el pecho de nodrizas antes que del pecho de la propia madre. Platón

en la escenificación de su una de sus “ciudades ideales” llega a plantear que es mejor que los lactantes sean amantados por cualquier madre sin saber exactamente quién es su hijo o hija (Becerra Bulla et al., 2009; Ernoult, 2007/2009). Sin embargo, hay autores que señalan que, a diferencia de otras culturas, las madres de la Grecia Clásica solían amamantar a su descendencia siempre que podían y las nodrizas ayudaban en la educación y cuidados de los hijos e hijas (Reboreda Morillo, 2017).

Por otra parte, según diferentes autores y autoras, como Passarelli (2009), Paricio Talayero (2004) y Semi (2011), en Esparta había leyes que obligaban a las mujeres a dar lactancia materna directa a sus descendientes, incluso a la esposa del rey. La esposa del rey por lo menos estaba obligada a lactar a su hijo mayor. Estos autores refieren derechos de reinado por tomar pecho directamente de su madre. Tras consultar documentación histórica, no se ha podido comprobar que sea real la existencia del ejemplo del rey que heredó un trono por haber sido amamantado (Pérez Miranda, 2011; Plutarco trad. en 1803a, trad. en 1803b, trad. en 2003), pero en estos mismos artículos se cita como fuente a Plutarco, un autor destacado de la literatura helénica, que se ha constatado que vivió entre el año 46 y el 120 d. C. Plutarco exalta la lactancia materna y destaca la importancia y obligación moral de criar a los niños y niñas con la leche materna del pecho de su madre. Expone que los menores amamantados por su madre tienen más amor por ellas y hace hincapié en las ventajas de que las madres alimenten a sus hijos e hijas, en vez de ser alimentados por nodrizas. En sus textos se aprecia que la alimentación del lactante por nodrizas era una práctica muy extendida y utilizada. Insiste en que sólo se debería recurrir a las nodrizas si la madre sufre gran debilidad o grave impedimento y le preocupa la influencia que pueden tener las nodrizas en la educación y desarrollo psíquico del lactante. Además, sostiene que las nodrizas cuidan al niño o niña por dinero y que no los aman como una madre, ni los tratan con la misma ternura (Plutarco trad. en 1803a, trad. en 1803b, trad. en 2003).

En China y Japón las clases sociales con buena posición económica también recurrieron a las nodrizas para alimentar a los lactantes (Martínez Sabater, 2014).

De igual modo, en el pueblo romano las nodrizas fueron muy populares y a muchos lactantes se les alimentó con su leche en vez de con la leche de su madre. Este

hecho pasa a ser habitual en Roma a finales de la República (509 a. C. - 27 a. C.) y en el periodo del Imperio (27 a. C. – 395 d. C.) surgen los contratos a nodrizas profesionales (nutrix) para alimentar a las hijas e hijos de las familias de mayor categoría social y se llegan a contratar hasta para alimentar a la descendencia de las esclavas que no podían amamantar. Las nodrizas se reunían en la columna lactaria para ser contratadas. En otras ocasiones la alimentación se encargaba a las esclavas o ayas propias que, además, trataban las enfermedades infantiles con remedios populares. Pero a pesar de lo habitual que era la alimentación con nodrizas, se consideraba “buena madre”, en la Roma Imperial, a aquellas madres que amamantaban ellas mismas a sus hijas o hijos mientras su descendencia lo necesitara. También en esta cultura se hicieron representaciones de sus divinidades dando el pecho a su propia descendencia. Además, Julio César, el famoso político, orador y escritor romano que vivió unos cien años antes de cristo, defendió que la lactancia materna era la mejor opción para alimentar al lactante y llegó a afirmar con disgusto que los hijos e hijas de los Patricios no recibían leche de su madre.

Por otra parte, un dato que destaca y a su vez refleja la supremacía de los hombres sobre las mujeres de la época, en general. es que, en muchas ocasiones, el pago del salario por los servicios de la nodriza profesional se le efectuaba al marido de esta porque se consideraba que él era el que resultaba más perjudicado. Según las ideas de esta época el aspecto negativo para el marido era motivado por el desgaste que se producía en la nodriza y por las normas y prohibiciones que existían como, por ejemplo, la incompatibilidad en la mujer de quedarse embarazada y lactar, e incluso la necesidad de no mantener relaciones sexuales en el mismo periodo de la vida en que se daba de mamar, ambas cosas porque se creía que estropeaban la leche y la hacían inservible para la alimentación (DeMause, 1974; Domínguez Rodríguez, 2010; Hernández Gamboa, 2008; Martínez Sabater, 2014; Morales y González 1951; Paricio Talayero, 2004; Rodríguez Peinado, 2013; Serret Serret, 2015).

En cuanto a la duración de la lactancia en las primeras culturas conocidas se cree que era variable, pero, según la información que nos ha llegado, en general persistía varios años. El código Hammurabi, por ejemplo, acota el tiempo de lactancia entre 2 y 4 años. Por otra parte, las leyes de Eshnunna establecen los contratos con las nodrizas con duración de tres años, por lo

que se deduce que los menores eran amamantados alrededor de este tiempo. En el antiguo imperio egipcio la lactancia duraba entre 2,5 y 3 años, pero también debían existir lactancias muy prolongadas, como indica la foto de la ilustración 2. La imagen muestra un papiro egipcio que representa a un pequeño faraón de 6 ó 7 años que está siendo amamantado por una diosa. Si se contemplan otros ejemplos, se puede observar que sobre el año 500 a. C en la cultura hebrea se daba lactancia materna hasta los tres años. Por otro lado,

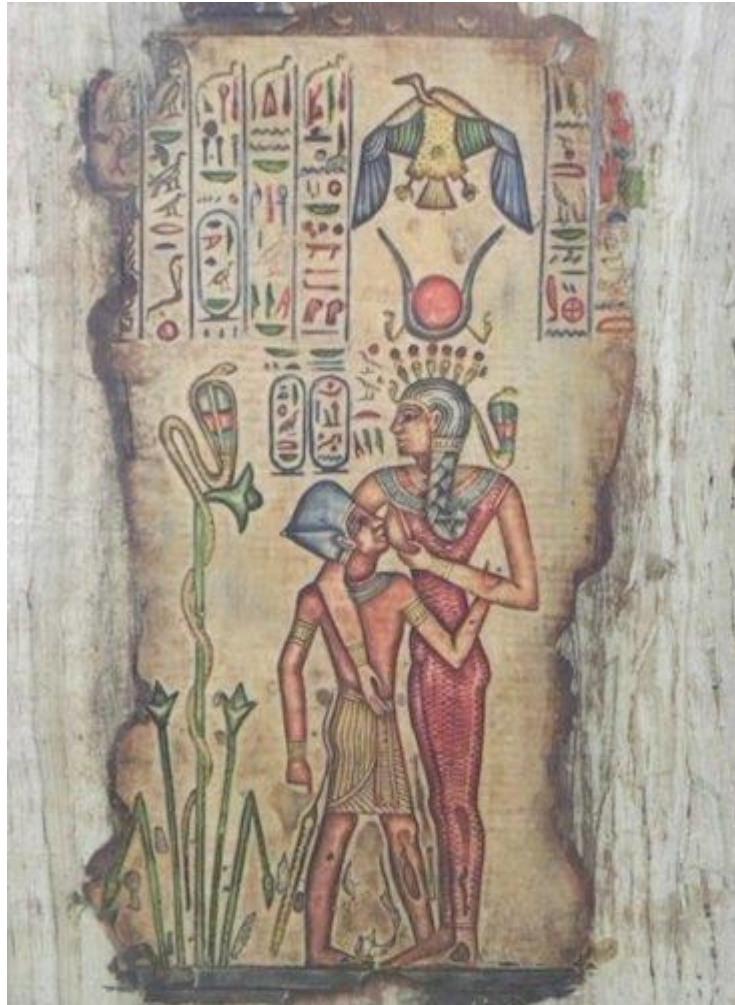


ILUSTRACIÓN 2. LACTANCIA PROLONGADA FARAÓNICA. FOTO PUBLICADA POR PARIS, 2011 REPRODUCIDA CON AUTORIZACIÓN EXPRESA DE LA AUTORA DE LA PUBLICACIÓN.

el Talmud señala la duración de la lactancia materna en una serie de contextos y, en varios casos, indica una duración de 2 a 5 años, al igual que otros libros judíos destacados. El Talmud también refiere que la lactancia tiene que ser administrada por la madre, excepto las mujeres que están enfermas con cierta gravedad. Asimismo, del pueblo indio y Ceilán han llegado datos a nuestros días, de hace 500 años a. C, que reflejan que la lactancia materna duraba como alimentación exclusiva 12 meses y

complementada tres años. A la vez, en China duraba unos 2 años o hasta un nuevo embarazo y hay diversas culturas con ejemplos semejantes a los mencionados (Albet Mas et al., 2015; Bernal Arias y Orjuela Céspedes, 2014; Chertok y Zimmerman, 2007; Domínguez Rodríguez, 2010; Garrido Mayo, 2013; Garrison, 1917; Genta Mesa, 2006; Lawrence y Laurence, 2007; Martínez Sabater, 2014; Paricio Talayero, 2004; Paris, 2011; Rodríguez Peinado, 2013; Sánchez-Crespo, 2007; Sánchez Hernández, 2015).

Llegados a este punto, a continuación, se van a exponer algunos aspectos de diferentes culturas que pueden servir para comprender como se ha llegado a la situación de la lactancia materna en las últimas décadas y en la actualidad.

De Egipto se pueden observar numerosas representaciones de escenas relacionadas con la lactancia materna, dibujadas en papiros, como en la ilustración 2, o talladas en piedra, como en las ilustraciones 3 y 4. Quedan reflejados rituales y dioses que acompañaban el momento del nacimiento y la lactancia materna.

Desde el siglo VII a. C. se representó a la diosa Isis o Ast (nombre egipcio) con Orus, su hijo, ofreciéndole el pecho. Isis es una de las diosas más poderosas del panteón egipcio. Su veneración tuvo gran repercusión en esta cultura y muestra la importancia que se le atribuía a la alimentación con lactancia materna. El culto de estas representaciones se extendió por la zona mediterránea desde el siglo IV a. C. y duró hasta el año 537 d. C., año en el que fue clausurado el templo de Philae por orden de Justiniano, un emperador del imperio romano. Los historiadores afirman que la representación de la diosa egipcia que lacta a su hijo fue definida como la diosa madre y que es el origen del culto de la virgen y niño del cristianismo. En la iconografía egipcia destaca en la cabeza el signo de divinidad egipcia, el disco solar entre dos cuernos de toro. Esta imagen se va modificando al pasar a otras culturas como la helénica o cristiana (Arroyo de la fuente, 2006; Hernández Gamboa, 2008; Lawrence & Lawrence, 2007;

Paricio Talayero, 2004; Paris, 2011; Rodríguez García, 2015; Rodríguez Peinado, 2013).



ILUSTRACIÓN 3. ISIS LACTANTE. FOTO PUBLICADA POR EQUIPO PREGUNTA SANTORAL, 2012 Y REPRODUCIDA CON AUTORIZACIÓN EXPRESA DE LOS AUTORES DE LA PUBLICACIÓN.



ILUSTRACIÓN 4. ESTATUA EN BRONCE DE ISIS Y HORUS. 600 A. C. FOTO PUBLICADA POR GUTIÉRREZ PULIDO, D., 2014.

Por otra parte, hay que señalar que en la antigüedad ya se intuían las propiedades de la leche materna. Por ejemplo, en los Papiros de Berlín, documentos egipcios datados entre 2160 y 1700 a. C, aparece una bebida para curar a niñas y niños con algún tipo de trastorno, se cree que patologías de tipo intestinal. La bebida se realizaba con hojas secas de algarrobo y de papiro, trituradas y mezcladas con la leche de una madre de un niño varón (Domínguez Rodríguez, 2010).

El papiro de Ebers, también de autoría egipcia y que data aproximadamente de 1550 años a. C., relata propiedades curativas de la leche materna de madre de varón para tratar quemaduras, problemas oculares, problemas gastrointestinales y otras

afecciones. Se guardaba la leche en unos recipientes llamados vasos de nodriza hasta su utilización. Además, se utilizaba mezclada junto algunas semillas de beleño negro o adormidera como somnífero (Domínguez Rodríguez, 2010).

El papiro de Ebers, a su vez, relata algunos cuidados del bebe y la postura considerada más adecuada para el correcto amamantamiento (Bernal y Orjuela, 2014; Martínez Sabater, A., 2014).

La cultura egipcia antigua también observó que el sabor de la leche materna era modificado por algunas sustancias y utilizó a madres y nodrizas para administrar medicamentos a los niñas y niños a través de su leche. Las mujeres consumían ciertos medicamentos para que se excretaran por la leche y fueran ingeridos por los menores al mamar, provocando una acción menos agresiva que si se administraban directamente al lactante (Genta Mesa, 2006).

Asimismo, en Esparta y Grecia Clásica:

La lactancia era un tema que aparecía en la mitología griega y, por lo tanto, era considerado un asunto importante. Según esta mitología la vía Láctea tiene su origen en el mito de Zeus, un dios griego, que quiso que su hijo Heracles (de madre humana) se alimentara con la leche de Hera (diosa griega) y le puso el niño en el pecho mientras dormía, Heracles se puso a mamar, Hera se despertó, enfadada quitó al niño del pecho y parte de la leche se esparció por la bóveda celeste y formó la vía láctea (Martínez García, 2015; Rodríguez Peinado, 2013). Se puede observar una representación de esta historia en la ilustración 5. Se trata de un antiguo recipiente de origen griego realizado varios siglos antes de Cristo.



ILUSTRACIÓN 5. LA DIOSA HERA AMANTA AL NIÑO HERACLES. LÉCITO GRIEGO DEL AÑO 360 A. C. FOTO PUBLICADA POR EQUIPO PREGUNTA SANTORAL, 2012 Y REPRODUCIDA CON AUTORIZACIÓN EXPRESA.

En la Grecia Clásica se creía que con la lactancia se traspasaban a la descendencia rasgos genéticos, éticos y culturales. A su vez, se consideraba que el estado ideal de la mujer era el embarazo, parto y lactancia (Reboreda Murillo, 2017).

El Corpus Hipocrático, serie de tratados de autoría o influencia griega que se escribieron por diferentes autores entre los años 420 y 350 a. C, incluye una obra dedicada a las enfermedades infantiles y en esta obra habla de que la ingestión de una cantidad adecuada de leche materna se relaciona con el correcto desarrollo físico, además de dar algunas ideas y consejos sobre lactancia (Domínguez Rodríguez, 2010).

Aristóteles, que vivió entre los años 384 a. C. y 322 a. C., en su obra biológica llamada "Animalium", describe las características de numerosos animales, incluido el ser humano. En este trabajo expone diferentes aspectos de la leche de varios mamíferos, refiere que todas las leches están compuestas por una sustancia acuosa llamada suero y una sustancia solida llamada cuajada o queso y añade que en algunas especies la leche se coagula y en otras no, además, afirma que algunas especies sólo tienen leche para alimentar a su descendencia y a otras les sobra. Asimismo, hace referencia a que algunas leches como la de la vaca son "gruesas" y que la de camello seguida de la humana son las más "delgadas". Añade que en el embarazo se produce leche, pero que siempre no es apta para el consumo y que al principio es salada. También afirma que ningún bebé que nazca antes de los siete meses sobrevive. Según este erudito, la calidad de la leche que produce la mujer pasa por diferentes fases: la leche producida antes de los siete meses de gestación es inadecuada para el consumo, después hay un intervalo en que es buena y adecuada para la alimentación del lactante, pero llega un momento en que vuelve a ser nociva para la nutrición (Aristóteles, trad. en 2010). Las afirmaciones hechas en esta obra sobre la primera leche o calostro llevarían a muchas personas, incluidos médicos y pensadores de la época y épocas posteriores, incluso actuales, a pensar erróneamente que el calostro era perjudicial para el bebé (Becerra Bulla et al, 2009; Paricio Talayero, 2004). Aristóteles también reafirma la idea que ya se tenía en otras civilizaciones, como Babilonia y Egipto, sobre el tema de que la leche de las mujeres embarazadas no era apta para la alimentación del bebé. Por otra parte, hace referencia a casos de mujeres que, sin embarazo previo, por medio de algunos alimentos y ordeño,

habían conseguido obtener leche en cantidad suficiente para amamantar a un bebé, incluso habla de hombres postpuberales que, después de un proceso de ordeño prolongado, habían conseguido producir algo de leche. También refiere que la ingesta de vino por parte de la madre hace que nazcan bebés relajados y debilitados. Por otro lado, hace alusión a las diferentes calidades de la leche humana. Dice que la leche de color lívido es mejor que la que tiene color blanco, que las mujeres de piel oscura tienen leche más saludable y que cuanto más ligera es la leche, más buena es para los lactantes. De manera análoga, Aristóteles equipara, con gran error, la leche con sangre menstrual retenida. Dice que después de treinta días de embarazo la menstruación en vez de seguir su curso habitual se dirige a los pechos de las mujeres en forma de leche (Aristóteles, trad. en 2010). Esta afirmación será bastante común a todos los pensadores griegos, tanto a los escritores hipocráticos del siglo V a. C., como de pensadores posteriores como Galeno (129-210 d C) y Avicena (siglo XI). Esta idea se extendió a otras culturas europeas. El erudito y profesor inglés, miembro de la orden franciscana, Bartholomäus Anglicus (1190-1250), lo afirma en sus escritos. Incluso, cuando algunos científicos diseccionaron cadáveres de mujeres, vieron los conductos que van del útero al pecho, como se puede encontrar en los escritos de Mondino dei Luzzi (1270-1326), un italiano residente en Bolonia que fue médico, anatomista y profesor de cirugía. También se puede encontrar esta afirmación, en los escritos del italiano Leonardo da Vinci (1452-1519), pintor, filósofo, anatomista y científico entre otras cosas; en una publicación del año 1528 del cirujano francés Hans von Gersdorf y en una publicación del año 1541, de su compatriota, autor de numerosos tratados médicos, Walter Hermann Ryff. Esta idea se mantuvo muy influyente hasta bien entrado el siglo XIX (Martínez Sabater, 2014; Obladen, 2012).

De forma semejante, otras culturas presentes antes de Cristo también se preocuparon de la alimentación infantil:

El pueblo indio y Ceilán tenían hospitales 300 años antes de Cristo. Estos pueblos destacaron en conocimientos médicos y de cirugía operatoria y uno de sus reyes más importantes, Asoka, que vivió entre los años 304-232 a. C., ordenó realizar un libro sobre alimentación infantil. China, que también tenía buen nivel de conocimientos para la

época, también intentó avanzar en conocimientos sobre alimentación infantil (Bernal Arias y Orjuela Céspedes, 2014; Garrison, 1917; Martínez Sabater, 2014; Sánchez Hernández, 2015).

En Roma, sobre 140-130 a C. aparecieron las primeras leyes de protección a la infancia y las primeras tablas que mostraban el crecimiento físico infantil. Sin embargo, se pensaba que la lactancia materna provocaba envejecimiento prematuro y deterioro físico (DeMause, 1974; Domínguez Rodríguez, 2010; Hernández Gamboa, 2008; Morales González 1951; Paricio Talayero, 2004; Rodríguez Peinado, 2013).

Al avanzar en el tiempo, se puede observar que los médicos de la República Romana y sobre todo los médicos de la Roma Imperial fueron en muchas ocasiones griegos, muchos de ellos, esclavos. Estos griegos escribieron, tradujeron a la lengua latina y divulgaron, las obras de los pensadores que conocían. Esta difusión se extendió por muchos de los imperios que había en la zona que ocupa la Europa actual, Asia y norte de África. Un ejemplo de esto fueron las obras de Sorano de Efeso, que se extendieron, sobre todo, hacia occidente y las obras de Galeno de Pérgamo, que se extendieron con más intensidad por oriente (Arana de Amurrio, 2011; López Pérez, 2005).

Sorano de Efeso vivió entre finales del siglo I y principios del siglo II d. C. Este hombre escribió el tratado ginecológico y de cuidados del niño/a más relevante de la antigüedad grecolatina. Fue uno de los primeros pensadores en destacar las necesidades sanitarias específicas de los niños y niñas e indicó pautas terapéuticas y alimenticias de recién nacidos y lactantes. Se formó en Alejandría, ejerció en Roma y escribió sus obras en griego. Sus obras posteriormente se tradujeron al latín y a otras lenguas. Redactó un tratado dirigido a personas con conocimientos médicos, incluidos médicos y matronas; este libro fue el primero de una extensa tradición de literatura materno-infantil y fue obra de referencia durante más de 1.500 años, llegando a los profesionales de la salud de la Edad Media y Renacimiento. Sorano decía que la lactancia materna debía durar hasta que se hubiese completado la dentición. La obra más conocida de Sorano se compone de cuatro libros, en el segundo, entre otros cuidados a mujeres y niñas/os, habla sobre la alimentación que debe llevar la nodriza. Describe,

entre otras cosas, las cualidades que debe tener una buena nodriza, su dieta y régimen de vida. Además, también explica como comprobar la calidad de leche, la forma más correcta de amamantar y, cómo y cuándo, dar el pecho al recién nacido. Al mismo tiempo, expone lo que hay que hacer en diferentes circunstancias, como cuando deja de salir leche del pecho, o ésta cambia de aspecto, por ejemplo, se vuelve espesa o clara. A la vez, incorpora algunos consejos similares a los utilizados por otras culturas, como la recomendación que consistía en que la madre o nodriza tomaran un compuesto medicinal determinado para que los principios activos pasaran al lactante por la leche y, por lo tanto, recibiera la medicación con concentración y dosis más baja (Becerra Bulla, et al., 2009; Cortés Gabaudan, 2015; Domínguez Rodríguez, 2010; Hernández Gamboa, 2008; Paricio Talayero, 2004). Otra idea destacada de Sorano de Efeso en relación con el tema de esta tesis, es que apoyaba el inicio precoz de la lactancia materna, pero, por otra parte, refería que, si la madre estaba deteriorada por el parto, se podía retrasar el inicio de la alimentación veinte días. El motivo de esta afirmación era que en aquella época se creía que amamantar desgastaba mucho. Mientras se recuperaba la madre, señalaba que se podía alimentar al neonato con leche de cabra mezclada con miel. A sus afirmaciones hay que añadir que para este autor el destete empezaría cuando el niño pudiera tomar alimentos sólidos y se iniciaría dándole migas de pan mezcladas, bien con agua y miel, o bien con vino dulce y también se podría dar sopa de cereales molidos o huevos. La lactancia para este erudito debería acabar al finalizar la salida de los dientes (Arana Amurrio, 2011, 2014; Paricio Talayero, 2004).

En cuanto a Galeno de Pérgamo, el otro autor destacado que se ha mencionado al hablar de la cultura sanitaria de los primeros siglos de esta era, hay que señalar que fue un médico que se considera el resumen y culminación de las ciencias de la salud de la antigüedad. Nació sobre el año 130 d. C., en Pérgamo, ciudad que en aquella época pertenecía al imperio romano, completó sus estudios en Egipto, escribió sus obras en griego y ejerció en Roma. Galeno decía que el destete debía darse a los tres años de vida y estaba en contra del hecho de que las madres enviaran a sus hijas e hijos fuera del hogar para ser amamantados por una nodriza, en vez de amamantarlos ellas mismas. También recomendó que las niñas y niños no dejaran de tomar leche después del

destete, ya que esta fortificaba y promovía el crecimiento (DeMause 1974; Domínguez Rodríguez, 2010). Por otra parte, Galeno, en sus escritos, prohíbe claramente las relaciones sexuales durante el período de lactancia por creer que estropea la leche. Esta creencia errónea, que ya venía de culturas arcaicas, se mantenía hasta el siglo XVII, extendiéndose hasta el siglo XX en algunas culturas como la cristiana (Paricio Talayero, 2004).

Un tiempo después, destacó Oribasio de Pérgamo. Oribasio vivió entre los años 325 y 405 d.C. y también recibió formación en Alejandría y tuvo relación con el imperio romano. Redactó “*Synagogue medicae*”, una enciclopedia que al principio se componía de setenta volúmenes. En esta enciclopedia, Oribasio, expuso su experiencia como médico y, además, añadió muchos fragmentos de obras de otros autores, hecho que propició la llegada hasta nuestros días del contenido de obras desaparecidas en la actualidad. Recogió la información sobre la alimentación de los infantes, de Rufo de Éfeso, prominente médico-cirujano y anatomista greco-romano que vivió en el siglo I d. C. Oribasio, coincidió con Aristóteles y con muchos autores, en el error de que el calostro es perjudicial. En sus obras refiere que el calostro humano es muy espeso y puede ahogar al lactante y por eso recomienda que la leche materna se cambie por una mezcla de leche de cabra o agua y, miel o azúcar, durante los primeros cuatro días después del parto. También afirmó que la alimentación con leche materna debe durar hasta los tres años, intentando no dar ni sacar leche por la noche, ya que, según él, la leche está más cruda en ese momento del día y, por lo tanto, puede resultar indigesta. Por otra parte, Oribasio señalaba, como Sorano de Éfeso, que la mujer podía traspasar sus problemas de salud al niño a través de la leche, por lo que en *Synagogue medicae* también aparecen instrucciones sobre la alimentación más adecuada para la madre o nodriza. Para comprobar si la leche materna era adecuada, Oribasio, en sus escritos, alude las pruebas de las que hablaron Mnesiteo de Atenas (médico que vivió sobre el siglo IV o III a.C.) y Sorano de Éfeso. Mnesiteo de Atenas expuso que la prueba más eficaz para evaluar la calidad de la leche era el impacto que producía en los sentidos, debía haber un equilibrio en cuanto a consistencia, cantidad, olor, sabor, color y espuma. Este aspecto (como varios de los mencionados) era incierto, ya que en la actualidad se sabe que diferentes

leches de mujeres con diversos colores, consistencia, olor, etc., son totalmente adecuadas para la alimentación de sus hijos. Sorano de Éfeso recomendó poner en el pulgar una gota de leche en miniatura y examinarla a la luz del día, a su vez, se movería el pulgar hacia la izquierda o hacia la derecha para ver lo rápido que caía la gota. Para Sorano si la leche era sana y adecuada, la gota caía a velocidad moderada. Esta prueba es muy subjetiva. Si las pruebas dicen que es mala, Oribasio, advierte que debía contratarse a otra mujer, o, si no fuese posible, purgar el estómago de la primera y prescribirle bebidas medicinales con propiedades equilibradoras. Según estos autores, cuando el recién nacido tomaba leche mala podían aparecerle muchos problemas como úlceras cutáneas, exantemas y eritemas (DeMause, 1974; Domínguez Rodríguez, 2010; Gómez Pérez, 2012; Romero Reverón, 2013).

Por otra parte, se puede observar el punto de vista sobre la lactancia materna del islam. El islam se fundó entre los siglos VI y VII de nuestra era. Hasta esta fundación los pueblos árabes, al igual que los griegos y romanos permitían el infanticidio. En esta cultura, la madre biológica amamantaba normalmente a su descendencia, pero como en las culturas de Roma y Grecia, las mujeres que tenían un nivel económico elevado contrataban nodrizas y así ellas podían atender exclusivamente a su esposo. El Corán lo permite si padre y madre están de acuerdo. El mismo profeta Mahoma fue amamantado por una nodriza, pero a pesar de este hecho, existía (y en ocasiones aún existe) cierta problemática por los posibles lazos de leche que se podrían establecer y dificultar el matrimonio. Durante la Edad Media el islam se expandió por muchos territorios europeos, africanos y asiáticos y esto hizo que se transmitieran conocimientos sobre las ciencias relacionadas con la salud y enfermedad. Las ideas de Hipócrates y Galeno fueron muy aceptadas en la comunidad científica Islámica. Entre los eruditos islámicos que trataron el tema de la lactancia, destaca Rhazes (Abu Bakr Al-Razi Rhazés), sabio persa, médico filósofo, y académico del siglo IX, que tradujo y compiló obras de la antigüedad de autores como Hipócrates, Sorano y Galeno. También destaca Avicena, filósofo, científico, poeta, astrónomo, médico, teórico de la música, físico y matemático, que vivió entre los años 980-1037 y se ocupó muy extensamente de la salud y enfermedad de los niños y niñas. Ambos coincidieron en sus aportaciones. Avicena

escribió un tratado que pretendía integrar y sintetizar las ideas de Hipócrates, Galeno, Sorano, Oribasio, Aristóteles y otros autores clásicos. Avicena, secundó las ideas de Sorano de Efeso en los aspectos relacionados con la nutrición y cuidado perinatal del neonato. Según Avicena, el mejor alimento para el niño y niña era la leche materna, debía tomarse con moderación, dos o tres veces al día y en un ambiente lo más relajado posible. Siguiendo las ideas de sus antecesores, recomendaba no amamantar al neonato hasta el segundo día de su vida, aunque este autor aconsejaba empezar la alimentación con leche de otra madre que ya no tuviera calostro. El destete, según su opinión, se tendría que producir sobre los 2 años, pero poco a poco, por lo tanto, Avicena aconsejó compaginar la leche materna con alimentos como pan empapado en vino, leche o miel, durante cierto tiempo. Por otra parte, los alimentos sólidos se irían introduciendo paulatinamente, pero al inicio debía de darse a trozos pequeños o triturados (Balaguer Perigüell y Ballester Añon, 2003; Domínguez Rodríguez, 2010; Genta Mesa, 2006; Martín Calama, 1997; Paricio Talayero, 2004; Kent, Sayed y Abul-fadl, 2016; Rodríguez García, 2015; Serret Serret, 2015; Vergara Ciordia, 2012).

Otra cultura que empezó a destacar fue el cristianismo. Con la firma del Edicto de Milán en el año 313 d. C., los emperadores Constantino I (280-337) y Licinio Augusto (270-325) establecieron la libertad de culto y reunión. Favorecido por este edicto, el cristianismo se fue extendiendo y afianzando por muchos territorios. Con el cristianismo las ciencias de la salud quedaron en un segundo plano y se descartaron autores e ideas que se consideraban discordantes con el cristianismo. Sin embargo, las ideas de Galeno de Pergamo, sí encajaban y se convirtió en referencia indiscutible. Años después, la aparición de las universidades propiciaría el progreso de las ciencias de la salud (Domínguez Rodríguez, 2010; García Roque y Quintana Regalado, 2002).

La Escuela Médica Salernitana (de Salerno, Italia), fundada en el siglo IX, fue el primer centro médico medieval europeo sin relación con la iglesia y es considerada por muchos científicos como la primera universidad europea. Este centro aceptaba mujeres como profesoras y alumnas. En este lugar estudió y posteriormente trabajó, Trótula de Salerno. Trótula de Salerno, que vivió en el s. XI, es considerada por muchos autores como la primera ginecóloga. Es conocido por multitud de historiadores el hecho de que

desde el inicio de la civilización muchas mujeres han tenido conocimientos e ideas sobre la salud y enfermedad tan validos como los de los hombres, además, de que han escrito obras igual de validas, pero muchas de estas ideas y escritos ni se han valorado, ni han perdurado, por no considerarse trascendentales al provenir de mujeres. Incluso, durante la edad media, se acusaba de brujas a las mujeres que tenían conocimientos sanitarios como las matronas. Trótula fue una excepción, accedió a la oportunidad de estudiar, enseñar y ejercer, en parte, porque su marido era médico, ya que en su época las oportunidades de estudio para la mujer eran escasas. Trótula también escribió obras propias de interés científico (con sus aciertos y errores, como los científicos coetáneos varones), aunque durante mucho tiempo estas obras fueron cuestionadas por el hecho de estar escritas por una mujer. A pesar de esto, como muchos investigadores de las ciencias de la salud se dieron cuenta de la existencia de avances y aciertos en sus escritos, parte de sus obras se conservaron y difundieron y han llegado a nuestros tiempos. Con respecto al tema de esta tesis, Trótula, que tenía mucha influencia de los pensadores griegos, apoyó la idea de que la mujer que alimentaba al lactante podía transmitir salud o enfermedad además de nutrientes. Ella expuso, entre otras cosas que ya se han mencionado, que el ántrax se podía curar si la nodriza seguía una dieta especial: beber agua de cebada, no comer alimentos muy dulces o salados, realizarse pequeñas incisiones en la piel cada cierto tiempo y evitar que la leche producida se estropeará (Domínguez Rodríguez, 2010; Marsá González, 2009).

Durante toda la edad media el modelo de alimentación infantil por medio de las nodrizas fue muy importante y utilizado por las clases sociales altas, artesanos y comerciantes, normalmente los que amamantaban a sus hijos eran los pobres. A partir del siglo XI surgieron diversas leyes para regular el trabajo de las nodrizas, que normalmente eran contratadas para tres años y también, se promulgaron leyes en diferentes países, como España, para la protección de la infancia (Becerra Bulla, 2009; DeMause, 1974; Martínez Sabater, 2014; Serret Serret, 2015).

Al continuar con el avance de los años y la observación de las tendencias en ciencias de la salud relacionadas con la alimentación de los lactantes, se encuentra, en la Europa cristiana entre los siglos XIII y XIV a Bernardo de Gordonio, médico y profesor

francés. Muchos historiadores refieren que en la Edad Media no se prestó demasiada atención a la infancia. Contrariamente a esta tendencia, Gordonio escribió un tratado titulado “Tratado de los niños y regimiento del ama”. Este hombre secundó las ideas de Sorano de Éfeso e indicó que el calostro podía asfixiar al neonato por ser muy grumoso y denso, por lo tanto, el bebé no debía empezar a tomar leche materna hasta el segundo día de vida. También señaló en sus libros que para saber si la leche tiene buena calidad, antes de dársela al lactante, la tenía que probar una persona ruin, así si estaba en malas condiciones quien padecería las consecuencias sería la mala persona, en vez del recién nacido. Además, opinaba que la mayoría de las enfermedades infantiles acontecían, bien porque la leche de mujer ingerida era defectuosa, bien porque la mujer que le estaba dando su leche no se cuidaba lo suficiente, ni seguía las indicaciones médicas específicas para el periodo de lactancia. Mediante este comentario, el autor indicó, en cierto modo, que la salud de los lactantes se malograba por unas actuaciones negligentes de parte de la mujer que los alimentaba. Como se ha ido viendo en este trabajo, desde el inicio de la civilización el tema de la lactancia materna ha aparecido en los escritos de grandes pensadores, profesionales relacionados con la salud y enfermedad, historiadores y filósofos, pero, en la mayoría de las ocasiones, se ha tratado el tema de la lactancia desde un enfoque de adoctrinamiento moral. Se ha considerado durante gran parte de la historia de la humanidad que la mujer era un ser ignorante, con menos nivel intelectual que el hombre, muy caprichoso y en algunas épocas, como la edad media, con una gran debilidad que provocaba que cayeran fácilmente en tentaciones diabólicas de cualquier tipo (Cabrera Sánchez, 2011; Domínguez Rodríguez, 2010; Marsá González, 2009; Rodríguez García, 2015). De vuelta al análisis de las ideas de Bernardo de Gordonio, se observa que en su libro escribió normas dirigidas a las nodrizas. En este tratado Gordonio refiere cuándo habría que contratar a una nodriza. También indicaba algunas pautas para dar de mamar, la frecuencia de las tomas, que según él tenía que ser dos o tres veces al día, y otras cosas, como que era mejor no dar el pecho al principio de la noche y que no era conveniente que el menor tomase mucha cantidad de leche en una toma. Además, afirmaba que la nodriza no debía acostar al lactante junto a ella para evitar una asfixia involuntaria del mismo y exponía varias

características que debía tener la nodriza, como una edad de 25 a 30 años, que no tuviese la menstruación mientras diera pecho, que su constitución fuera ni gorda ni delgada, que los pechos tuviesen un tamaño y textura adecuados, ni grandes ni pequeños, ni duros ni blandos, que poseyera formación, experiencia profesional y conocimientos para cuidar al menor y además, que su carácter fuera bueno. Añade, que había que observar que la leche no tuviera características extrañas y recomendaba que la mujer que iba a lactar hubiese parido un mes y medio antes. Asimismo, hacía referencia a una forma de vida que debía llevar la nodriza como que tenía que ser consumidora de una dieta adecuada, sin consumo de alimentos ni demasiado fríos, ni demasiado calientes, tampoco podía mantener relaciones sexuales, no tenía que dejar llorar al menor para que no se herniara, en especial si el bebé era un varón y, añade que no era conveniente que se emborrachara y que era obligatorio que algunas veces tomase un compuesto de miel o pan de azúcar, aceite y sésamo. En sus textos también relató que la lactancia debía prolongarse hasta los dos años y medio en el caso de los niños y los dos años en el caso de las niñas. Gordonio apuntó que hacía esta distinción para que las niñas no se hicieran muy recias, aunque, según señalan algunos autores, como los varones eran máspreciados podría deberse a un intento de mayor protección. Por otra parte, comentó qué tipo de alimentos eran los más adecuados para el menor una vez que empezaba la dentición, explicó que la nodriza debía empezar ofreciendo al menor pan mascado mojado en leche, caldo o agua con vino o miel, luego introduciría carnes blandas y poco a poco ya una dieta más dura (Cabrera Sánchez, 2011; Domínguez Rodríguez, 2010). En todas estas normas Gordonio coincidió con autores anteriores, como el persa Rhazes que elaboró sus obras en el s. IX (Vergara Ciordia, 2012).

Hasta la edad media, en las culturas de las que se ha ido hablando en este trabajo, no se pueden encontrar muchos libros que traten exclusivamente sobre pediatría, los temas relacionados con la pediatría casi siempre eran una parte de libros dedicados a otra población, casi siempre a la mujer. En la edad media se escribieron algunas monografías sobre la pediatría, pero las aportaciones a los temas pediátricos fueron escasas, se repetían las mismas pautas, descripciones y tratamientos basados en

los autores de la Edad Antigua y que son las que se han ido exponiendo (Balaguer Perigüell y Ballester Añon, 2003; Cabrera Sánchez, 2011; Vergara Ciordia, 2012).

En la Europa de la Edad Media la medicina fracasó en su lucha contra las plagas y epidemias que eran muy numerosas y causaban muchas muertes. Por esta razón, gran parte de la sociedad medieval se amparó en la religión y rechazó el planteamiento científico o racional a la enfermedad. La lactancia materna no quedó fuera de este concepto y en la edad media y moderna proliferaron santuarios, esculturas y pinturas de diferentes religiones y países con la finalidad de tener acceso a representaciones de divinidades a las que las mujeres pudieran pedir protección y ayuda para conseguir una buena calidad y cantidad de leche. Las ilustraciones 6, 7, 8, 9 y 10 son un ejemplo (Becerra Bulla, 2009; Rodríguez Peinado, 2013).

En el caso del cristianismo apareció la denominada “Virgen de la Leche” como la divinidad a la que se recurría para conseguir una buena lactancia.

La primera representación que se conoce es del siglo II después de Cristo y se encontró en el cubículo de la Velatio de la catacumba de Priscila (Roma). Aparece la Virgen María sentada en posición de acercar el pecho a Jesús. En el Egipto copto, como el patriarca Cirilo de Alejandría defendió la divinidad de María, la Virgen de la Leche fue muy popular por su parecido con las



ILUSTRACIÓN 6. PARTE CENTRAL DEL RETABLO DE LA VIRGEN DE LA LECHE DE ANTONI PERIS UBICADO EN EL MUSEO DE BELLAS ARTES DE VALENCIA (PINTADO ENTRE 1393-1423). ELABORACIÓN PROPIA.



ILUSTRACIÓN 7. PARTE INFERIOR DEL RETABLO DE LA VIRGEN DE LA LECHE DE ANTONI PERIS UBICADO EN EL MUSEO DE BELLAS ARTES DE VALENCIA. ELABORACIÓN PROPIA.

representaciones ya comentadas de Isis amantando a Horus. Existió un sincretismo con las diosas madres de la edad antigua y el culto coexistió en los países mediterráneos hasta el siglo XI d. C. (Rodríguez Peinado, 2013).

La veneración se extendió por diferentes países, como, Palestina, Bizancio, Balcanes, Rusia y Europa, incluida España, donde, en la edad media y épocas posteriores, alcanzó mucha difusión por una gran devoción a estas imágenes de escultura en piedra y madera, miniatura, pintura mural y pintura sobre tabla. En las representaciones de la edad media empiezan a aparecer imágenes de la virgen vertiendo su leche en sus devotos como símbolo de beneficio por medio de la leche divina. La gran cantidad de representaciones da una idea de la importancia de esta forma de alimentación.



ILUSTRACIÓN 8. VIRGEN DE LA LECHE DE BARTOLOMÉ BERMEJO (PINTADA ENTRE 1468-1501). FOTO DE ELABORACIÓN PROPIA REALIZADA EN EL MUSEO DE BELLAS ARTES DE VALENCIA.



ILUSTRACIÓN 9. TRÍPTICO DE LA VIRGEN DE LA LECHE, ÓLEO SOBRE TABLA, REALIZADO POR EL CÍRCULO DE NICOLÁS FALCÓ ENTRE LOS S. XV Y XVI. UBICADO EN EL MUSEO DE BELLAS ARTES DE VALENCIA. ELABORACIÓN PROPIA.

En la ilustración 6 se puede observar. Además, la gente valora la leche, ya que la recoge (Rodríguez Peinado, 2013).

Años más tarde, a causa de la moral impuesta por la Reforma Católica, la iconografía de la Virgen de la Leche que durante los siglos XV y XV se representó con la Virgen mostrando claramente los pechos, se consideraría inmoral y se desterraría de los templos. En la actualidad algunas de las obras permanecen en las iglesias, como es el caso de la Virgen de la

leche. En Valencia, se puede observar una representación de dicha virgen en el altar de la iglesia de San Andrés, (obra de Juan de Juanes realizada entre los años 1568 y 1570) y otra representación en la ermita de Santa Llúcia (que se puede observar en la ilustración 11).



ILUSTRACIÓN 10. VIRGEN DE LA MERCED, REDENTORA DE LOS CAUTIVOS, DE VICENTE LÓPEZ PORTAÑA. ESTE CUADRO FUE REALIZADO PARA EL CONVENTO DE LA MERCED DE VALENCIA, PERO EN LA ACTUALIDAD SE UBICA EN EL MUSEO DE BELLAS ARTES DE VALENCIA. ELABORACIÓN PROPIA.

Por el contrario, la ilustración 10 refleja un cuadro de contenido religioso donde aparece una mujer lactando. Esta obra, en la actualidad, se encuentra en el museo de Bellas Artes de Valencia, junto a las otras obras de vírgenes lactando, que se han mencionado (Rodríguez Peinado, 2013).

En otro ámbito de cosas, hay que mencionar que el Renacimiento aumentó el interés por la salud de las niñas y niños, aunque se recurrió a las nodrizas cada vez con más frecuencia. Conforme se llegó y avanzó dentro de la edad moderna, aparecieron más libros dedicados a las enfermedades y cuidados infantiles. Se puede encontrar, entre otras, la obra de Pablo Bagellardo, catedrático de medicina, nacido a principios del siglo XV que fue estudiante y profesor de la Universidad Artística de Padua. Bagellardo publicó un libro monográfico sobre las enfermedades infantiles. En este libro incluyó el cuidado del recién nacido, la lactancia y la

elección de la nodriza, pero tampoco hay muchos cambios con respecto a las ideas anteriores sobre lactancia materna, lo que sí añade son algunas normas sobre la alimentación artificial y describe varios remedios eficaces para aumentar la leche que produce la nodriza. La alimentación con leche de animales no era una opción muy elegida, además de por la gran mortalidad que producía, porque se creía que podía

transmitir a los lactantes caracteres de estos, al igual que se pensaba que ocurría con la leche de las nodrizas, (Domínguez Rodríguez, 2010; Martínez Sabater, 2014; Paricio Talayero, 2004).

Los escritos en pediatría aumentaron rápidamente en los siglos XV y XVI, en los países europeos, incluida España (Balaguer Perigüell y Ballester Añon, 2003). El problema fue que los libros continuaban basándose en las ideas de los autores clásicos. Un ejemplo de esto es la famosa obra “The boke of chyldren”, de Thomas Phayer. T. Phayer era un médico y abogado, que estudió en la Universidad de Oxford. Este autor, en su primer libro sobre pediatría escrito en inglés, incluyó consejos para la elección de nodriza basándose en los autores clásicos. También narró las cualidades, consistencia, sabor y aspecto que tradicionalmente se pensaba que



ILUSTRACIÓN 11. VIRGEN DE LA LECHE. ERMITA DE SANTA LLÚCIA (VALENCIA). ELABORACIÓN PROPIA.

debía tener la leche materna y la relación con la futura personalidad y complexión del menor. Esta idea también coincidió con las afirmaciones de obras anteriores que señalaron a la leche materna como causa de algunas enfermedades y defectos físicos infantiles. A la vez, para evitar estos posibles efectos negativos en la personalidad y el desarrollo del menor, Phayer aconsejó que la madre biológica amamantase a sus hijas e hijos siempre que fuera posible. De no ser posible, la familia tendría que escoger una nodriza que cumpliera determinados requisitos físicos, higiénicos y psicológicos y, que proporcionara leche apta para que el menor se alimentara sin riesgo de contraer enfermedades o de absorber sustancias nocivas. Asimismo, afirmó que la elección de la nodriza y la calidad de la leche influían mucho en la futura personalidad e intelecto del menor. Incluso, se puede encontrar en esta obra, una serie de remedios destinados a aumentar la producción de leche al realizar la combinación de varios ingredientes. Estos preparados debían añadirse a la dieta de la madre o de la nodriza o aplicarse como emplastos en el pecho. Phayer también compartió la idea de que para solucionar

o prevenir problemas de salud en el menor la madre o la nodriza debía evitar o tomar ciertos alimentos y bebidas (Domínguez Rodríguez, 2010).

La lactancia con nodrizas aumentó tanto en la edad Moderna en Europa (entre los siglos XV-XVIII) que la mayor parte de mujeres con bajo poder económico amamantaba a sus descendientes y a otro niño o niña. Como la lactancia materna tiene un efecto anticonceptivo, se produjo un descenso en la natalidad de las clases sociales más desfavorecidas de la Europa preindustrial, al contrario de lo que ocurrió en las clases acomodadas, que tenían muchos descendientes, pero con unas altas cifras de mortalidad, ya que el índice de mortalidad de los niños amamantados con leche de nodriza era muy superior al de los amamantados con leche de su propia madre. En Francia la alimentación con nodrizas alcanzó cifras desorbitadas, por ejemplo, en 1780, menos del 9% de los lactantes eran alimentados por su madre. Todo esto ocurrió a pesar de que los expertos en el tema aconsejaban, al igual que se había hecho en épocas anteriores, la administración de la lactancia materna de la propia madre y que numerosas personas con poder religioso, político o académico insistían en la obligación materna de dar el pecho a su descendencia. Mientras tanto, cada vez había más nodrizas por la existencia de mucha demanda. Dado este aumento en el número de nodrizas, en algunos países, como Francia, surgieron diversas leyes reguladoras de esta profesión, aunque se seguía buscando en la nodriza las características que ya apuntaba Plutarco y otros pensadores de la antigüedad. Simultáneamente, la lactancia materna ganaba cada vez peor consideración, debido a muchos factores, entre ellos, los errores que se arrastraban desde la antigüedad, sobre todo, las ideas de incompatibilidad con las relaciones sexuales y la necesidad de evitar el calostro. Otros factores que provocaron el aumento de la lactancia por medio de nodrizas fueron que la decisión del amamantamiento recaía, en muchas ocasiones, en el marido y, que hubo un aumento de participación de las mujeres de familias con buena posición económica en diversas actividades que restaron tiempo al cuidado de hijos e hijas (Becerra Bulla, 2009; DeMause, 1974; Martínez Sabater, 2014; Ortega Sánchez, 2011). Además, entre los años 1500-1700 era muy común la idea de que la lactancia materna empeoraba la salud de la mujer, estropeaba la figura y hacía envejecer antes, por esta razón muchas

mujeres, aunque sabían que la lactancia materna era un método anticonceptivo, preferían tener más hijos, en lugar de darles de mamar (Lawrence y Lawrence, 2007).

Por otra parte, en esta época había culturas que no tenían ningún tipo de contacto con todas las ideas y tendencias que se han ido exponiendo. Por ejemplo: los habitantes de América. Hasta la edad moderna América permanecía totalmente aislada del resto de los continentes y por ese motivo, a continuación, se va a exponer la información que se han obtenido con respecto al tema de esta tesis.

Se tienen datos de algunas sociedades prehistóricas como la de Colombia. Parece ser que en general regularon su crecimiento de población por medio de: la lactancia materna prolongada, la abstinencia sexual, el aborto, el infanticidio y la discriminación de las niñas y mujeres (Becerra Bulla, 2009).

En este período de tiempo, las sociedades americanas anteriores a la invasión europea buscaban generalmente, de forma deliberada o no, según sociedades, una simetría entre los recursos de tenían y el número de componentes de esa sociedad. Por esta causa se buscó y produjo la reducción del número de embarazos mediante la lactancia materna y la abstinencia sexual. También se aceptó y practicó el aborto al pensar que los embarazos no deseados podían poner en peligro el equilibrio recursos-población. Además, como en la edad antigua del “viejo continente”, practicaron el infanticidio de los recién nacidos con imperfecciones congénitas. También practicaron el infanticidio cuando nacían varios neonatos en un parto. En estos casos podían dejar vivir a uno o ninguno de los recién nacidos, ya que existía la creencia de que tener varios hijos/as a la vez era una evidencia de que el padre y/o la madre habían infringido normas de esa sociedad. También, como en la edad antigua del “viejo continente”, al ser sociedades con muchas disputas y guerras, se valoraba más a los varones que serían los futuros guerreros, por tanto, las niñas sufrieron más el infanticidio (Becerra Bulla, 2009).

La nutrición infantil en América, antes de su conquista por los europeos era correcta, ya que la lactancia materna era prolongada. Por otra parte, después del

destete no se consumían productos lácteos, pero tenían una receta de maíz con agua de cal que proporcionaba el calcio necesario (Becerra Bulla, 2009).

Según Gómez Suárez de Figueroa (apodado Inca Garcilaso de la Vega), que fue un escritor e historiador peruano de ascendencia inca y española nacido en 1539, las mujeres indígenas prehispánicas daban pecho alrededor de dos años y , en general, daban de mamar a sus propios hijos, sin recurrir a nodrizas. Como importante semejanza con las ideas del “viejo continente” durante la lactancia natural no se podían tener relaciones sexuales, porque se creía que podía afectar a la leche o provocar que el lactante se debilitara. Después de la conquista por parte de los europeos, se mezclaron las ideas y costumbres con relación a la crianza y hábitos de lactancia materna, aunque en general, una de las costumbres propias que más se ha mantenido es la lactancia materna prolongada (Becerra Bulla, 2009).

Según un estudio realizado por Tobar, Chinchilla, Cortés y Mondragón, en 1996, sobre el estado alimentario y nutricional de comunidades indígenas y poblaciones afrocolombianas de América, las madres lactantes incluyen o excluyen ciertos alimentos durante la lactancia porque piensan que pueden ayudar o entorpecer la lactancia materna y/o favorecer o perjudicar al lactante. Por otra parte, hay mucha diversidad a la hora del momento de inicio de la introducción de otros alimentos para complementar la lactancia materna. Hay comunidades que empiezan a introducir alimentos como agua de panela al primer mes, otras, agua de panela y harina de trigo o plátano con panela a los dos meses, muchas comunidades se esperan a los 10 ó 12 meses de la vida del lactante para introducir alimentos y el resto lo hacen en un tiempo intermedio (Becerra Bulla, 2009).

Un tiempo después de la conquista de América por parte de los europeos, la lactancia materna en diferentes lugares de América fue una norma impuesta por los gobernantes, que normalmente procedían de Europa, no por sus ventajas, sino por su efecto sobre el control de la natalidad, ya que gracias al intercambio cultural con Europa se habían reducido prácticas como el aborto y el infanticidio. Sin embargo, también por intercambio cultural apareció en América la alimentación por medio de nodrizas, aunque este fenómeno no alcanzó las dimensiones del viejo continente. Por

otra parte, la situación de pobreza en la niñez tuvo parámetros parecidos en América y Europa (Becerra Bulla, 2009).

En otro orden de cosas, para llegar a entender la situación de la lactancia materna en nuestros días, hay que retomar la visión del mundo occidental en el transcurso de los años, ya que lo que ocurrió en esta zona del mundo influyó al resto de culturas. A partir del siglo XVIII se produjo una importante evolución. Este siglo fue marcado por la corriente filosófica de la Ilustración, donde destacó la razón y el conocimiento por medio de la ciencia. Esta corriente nació en Europa y se extendió a otras zonas, como las colonias europeas. Este proceso provocó una serie de cambios en la sociedad, economía y tecnología, hecho que pasó a denominarse revolución industrial. A causa de esta revolución, se produjo una emigración a las ciudades y una incorporación masiva de la mujer al trabajo fuera de hogar. Al mismo tiempo, la sociedad empezó a tomar conciencia de la necesidad de prestarle más atención a la infancia, que se caracterizaba por estar abandonada (al trabajar padre y madre los menores pasaban muchas horas sin ellos y además había muchos niños y niñas sin familia), explotada laboralmente, sin escolarización y con una alta tasa de mortalidad. A raíz de todas estas circunstancias, en muchos países de Europa se establecieron una serie de organismos destinados a la protección de todas las niñas y niños, en especial, orientados al auxilio y defensa de los menores más desfavorecidos. Hay que destacar que la sociedad valenciana se posicionó en esta línea a la vez que los países europeos. Un ejemplo de esto es que, desde 1888, la Universidad de Valencia instituyó una cátedra denominada “Enfermedades de la infancia” y esta fuente de conocimientos, sobre salud y enfermedad infantil, fomentó que la sociedad valenciana se preocupase tanto de la salud de los menores, como de su educación. En el mismo orden de cosas, en Europa aparecieron una serie de instituciones para la protección del menor, que llegaron y se extendieron de diversos modos por España, en general, y en la zona valenciana, en concreto. Destacan los organismos relacionados con el tema de la lactancia materna y la alimentación infantil: “Los Consultorios de Niños de Pecho”, “La Gota de Leche” y “el Servicio Lácteo Infantil”. Todas estas entidades funcionaban como lugares de promoción de normas higiénicas, enseñanza de los cuidados a los lactantes,

fomento de la lactancia materna y aporte de alimentación a los lactantes de familias sin recursos, a los que la madre no podía alimentar. En esta época aún muchos niños y niñas eran alimentados por nodrizas, por ejemplo, de la inclusa de Madrid se conocen una serie de normas para las nodrizas que fueron redactadas en ese periodo de tiempo. Llama la atención la prevalencia de algunas ideas sin base científica, por ejemplo, a las mujeres pelirrojas no se les dejaba ser nodrizas, además, aún perduraban muchas de las ideas de las antiguas civilizaciones. Por otra parte, en estos lugares también se procesó y distribuyó un tipo de leche de vaca modificada, fue pasteurizada, se le quitó algo de nata y se le añadió agua, lactosa y sal. Algunas de las modificaciones que se le hicieron a la leche de vaca fueron correctas, otras no, pero se observó que la mortalidad de los lactantes que la recibían era más baja que los lactantes que recibían leche de vaca sin modificar. Este fue un gran paso hacia las actuales leches artificiales adaptadas para el consumo del lactante (Ballester, 2016; Grupo de trabajo de Historia de la Pediatría y Documentación pediátricas de la AEP, 2014; Muñoz Pradas, 2016).

Estos primeros intentos de adecuar la leche de otros mamíferos al consumo del lactante, que tuvieron cierto éxito, se vieron favorecidos por una serie de circunstancias. Por ejemplo, hacia la segunda mitad del siglo XIX, se lograron de serie de avances científicos que permitieron un aumento de los conocimientos sobre la composición de la leche humana. A la vez, se descubrieron otros aspectos como los elementos que contenían el resto de las leches utilizadas habitualmente, la química de los alimentos y la fisiología de la nutrición (Boatella, 2013). Además, al hecho anterior se unieron otros factores que beneficiaron el desarrollo de las leches artificiales. Uno de estos factores fue que, gracias a la revolución industrial, se desarrollaron una serie de facilidades en la fabricación y conservación de la leche artificial que desencadenaron eventos como a la producción de leche en polvo. La primera producción de leche en polvo ocurrió en Inglaterra en el año 1848. Otro factor que favoreció la administración de leches artificiales fue la aparición de la posibilidad de fabricar objetos de forma industrial, como las botellas de vidrio, a principio del siglo XIX y, posteriormente, las tetinas de caucho. Por otro lado, aparecieron técnicas como la esterilización y la pasteurización que beneficiaron y posibilitaron la conservación de la leche. Sin embargo, a la vez que se

producían estos avances que apoyaban el desarrollo de la lactancia artificial, se daban una serie de circunstancias que perjudicaban la alimentación con lactancia materna. Como factor perjudicial para la alimentación natural cabe destacar el poco avance científico en los conocimientos de todas las características que rodean a la lactancia materna. En esta época seguían vigentes gran parte de las creencias erróneas de la edad antigua que se han ido comentando en esta tesis, como que la leche materna era una modificación de la sangre menstrual, que la lactancia podía perjudicar a la salud de la madre, que el calostro era malo para el neonato, etc. Además, en esta época dominaba una moda de vestidos muy ajustados que dificultaban el acceso al pecho, asimismo, predominaba la utilización de corsés muy apretados que desde la niñez comprimían el pecho y esto provocaba deformaciones en el pezón que interferían negativamente con la lactancia materna. El enlace de estos factores provocó que poco a poco se modificara el sistema de crianza y se iniciara un cambio en la alimentación de los lactantes, produciéndose un traspaso desde la alimentación con leche humana a la alimentación con leche artificial. Este fenómeno empezó en las clases medias y altas de muchos países. Sin embargo, en general, se conocían y enseñaban los cambios relacionados con las mamas, ciertas características de la leche y su relación con el cuidado del recién nacido; puede decirse que aún existía una cultura del amamantamiento. El tiempo medio en que los niños y niñas tomaban leche materna hasta el siglo XIX, como se ha ido viendo a lo largo de estos antecedentes históricos fue entre los dieciocho meses y los tres años (Becerra Bulla, 2009; González, 2011; Lawrence et Lawrence, 2007; Martínez Sabater, A., 2014; Paricio Talayero, 2004).

A principios del siglo XX mejoró notablemente el desarrollo de los métodos industriales para intentar imitar la leche humana y no ha parado de evolucionar hasta llegar a la situación actual. Con la progresiva mejoría de las leches imitadoras de la leche de mujer elaboradas a partir de la leche de otros mamíferos, en especial de vaca, se inició una tendencia al alza de la alimentación a los lactantes con leche modificada de otras especies, mezclada o no con cereales. Incluso, en algunas ocasiones, se alimentó a lactantes muy pequeños con cereales únicamente. Además, a esto se unió el auge de la industria que provocó un aumento de la producción y mejoró el comercio, con lo que

la leche artificial pudo extenderse por casi todo el mundo. La alimentación con estos métodos acarreó la muerte de miles de niñas y niños por desnutrición e infecciones, un incremento de enfermedades inmunitarias e infecciosas y un aumento del número de hospitalizaciones y necesidades de atención sanitaria (Armas, 1998; Becerra Bulla, 2009; Lawrence et Lawrence, 2007; Martínez Sabater, 2014).

A principios del siglo XX un 90% de madres daban lactancia natural a sus hijos, pero a partir de los años 50, comienza un descenso progresivo (González 2011).

A su vez, la figura de la nodriza cada vez adquiere peor consideración social, sanitaria y salarial. Esto, unido al resto de causas contrarias a la lactancia materna, provoca que las nodrizas empiecen a escasear y que muchos lactantes huérfanos, enfermos o prematuros no puedan beneficiarse adecuadamente de leche materna. Para subsanar esta necesidad se crea en Viena, en 1909, el primer banco de leche. Posteriormente aparecerán algunos más, pero de forma lenta y muy desigual entre los diferentes países (García-Lara, García-Algar y Pallás-Alonso, 2012; Gormaz et al, 2011; Martínez Sabater, 2014; Martínez-Sabater, Juárez-Colom, Solano-Ruiz y Siles-González, 2017; Martínez Sabater, Siles-González, Sancho Cantus y Solano Ruiz, 2012; Martínez-Sabater, Siles-González y Solano-Ruiz, 2016; Martínez-Sabater, Siles-González y Solano-Ruiz, 2017; Solano-Ruiz, Siles-González, Martínez Sabater y Juárez Colom, 2017).

Según diferentes autores (Becerra Bulla et al., 2009; Lawrence y Lawrence, 2007; González Fernández, 2011; Martínez Sabater, 2014; Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011b; Paricio Talayero, 2004) a todos los factores mencionados, se unieron progresivamente varias circunstancias:

- Expansión de la moda del culto al cuerpo y aumento de la creencia de que la lactancia materna perjudica la estética corporal.
- Percepción de la imagen del pecho como símbolo sexual más que como un órgano con una función fisiológica, con el consiguiente pudor a lactar en público y la pérdida de la cultura de lactancia. Esta pérdida cultural interfirió de forma negativa con aprendizaje natural de las mujeres, al ser más difícil que en épocas anteriores ver,

desde la niñez y adolescencia, la forma correcta de dar lactancia materna por otras mujeres.

- Desarrollo de un pensamiento común que relacionaba la lactancia materna con la pérdida de independencia de quien la practicaba. La lactancia artificial pasa paulatinamente a ser considerada como una liberación.
- Incremento cada vez más elevado de la industrialización, urbanización e incorporación de la mujer al trabajo remunerado, e incluso a trabajos que las obligaban a desplazarse y pasar mucho tiempo fuera del hogar.
- Falta de apoyo y recomendaciones no unificadas, ni correctas, sobre alimentación infantil, tanto por parte del sistema sanitario, como de la familia y el entorno materno.
- Cambio del lugar del parto. El parto pasó de ser un hecho natural que ocurría en el hogar a ser un evento sanitario que ocurría en los hospitales. Se consiguió una gran bajada de la mortalidad materna y neonatal, pero la mujer fue perdiendo su capacidad de decisión y tubo que acatar unas normas que, aunque se diseñaron con la mejor intención, fueron desastrosas para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, como separar a las madres de sus hijos e hijas y establecer horarios rígidos de alimentación cada 3 ó 4 horas. Estas normas provocaron retrasos en la subida de la leche, que se intentaron solucionar ofreciendo biberones de soluciones glucosadas y leche artificial que acabaron instaurándose como pautas normales. Esto fue provocando una especie de epidemia de hipogalactia y muchas madres no podían iniciar la lactancia materna, a pesar de desearlo.
- Frecuentes campañas de publicidad de las leches artificiales, medidas incentivadoras de las casas comerciales y numerosos mensajes a favor de la lactancia artificial. Las maniobras de los fabricantes y vendedores de leche artificial se encaminaron a desmejorar las cualidades de la leche materna, a ensalzar propiedades de la leche artificial y a provocar falta de confianza en la superioridad nutritiva de la leche materna. La composición de las primeras leches, con las que se consiguió alimentar a lactantes sin que murieran, era tan errónea que ningún profesional sanitario las

aprobaría en la actualidad, pero el despliegue publicitario hizo que numerosas madres y profesionales sanitarios de todo el mundo creyeran en la superioridad de estas leches artificiales.

- Convicción en los avances científico-técnicos. El desarrollo que experimentó la ciencia y tecnología extendió la idea de que la humanidad podía mejorar las cosas realizadas por la naturaleza.

Es una realidad que los actos fisiológicos humanos son influidos por diferentes aspectos, como: necesidad, tradición, costumbre o novedad, entre otros y, se sabe, que la lactancia materna es, ha sido y seguramente será, uno de los fenómenos naturales más influenciado por las modas o tendencias. El progresivo abandono de la leche materna en favor de la leche artificial empezó en los países desarrollados y se extendió a todas las naciones del mundo. Este hecho provocó situaciones muy negativas para la población infantil que lo sufrió. Las peores consecuencias se dieron en los países con menos desarrollo, en los que aconteció una mayor incidencia de infecciones, malnutrición y mortalidad infantil, como efectos más destacados. La renuncia a la lactancia materna comenzó por las clases sociales más ricas de las ciudades y se extendió a las clases urbanas más desfavorecidas, paulatinamente, llegó a todas las zonas rurales, empezando por las clases sociales con más nivel económico (González Fernández, 2011; Lawrence y Lawrence, 2007; Martínez Fernández et al., 2003; Siles González, 2010).

Las cifras de alimentación fueron bajando y la situación llegó a ser tan preocupante que los responsables políticos y religiosos incluso pretendieron, sin éxito, obligar moralmente a las madres a amantar (Morales y González, 1951). En los años 60, en Estados Unidos, la cantidad de menores alimentados con lactancia materna llegó a ser tan baja que era extraño encontrar lactantes alimentados al pecho. Este país y los países nórdicos europeos son los territorios que llegaron a las cifras más bajas de amamantamiento. En España, el número de madres que amamantaban a sus hijos llegó a su punto inferior en la década de los años 70. En relativamente poco tiempo, se pasó, de unos índices de mujeres que alimentaban a su descendencia con lactancia materna de aproximadamente el 90%, a unos índices que giraban alrededor del 25% (Barriuso et al. 2007, González Fernández, 2011; Martínez Fernández et al., 2003).

2.3- Situación actual

El proceso de abandono progresivo de la lactancia materna, iniciado en los países desarrollados y contagiado a los países menos favorecidos, se alargó alrededor de 15 años. En los años setenta se empezaron a descubrir algunas de las cualidades destacadas de la leche materna y su papel protector y, eso hizo que la lactancia materna empezara a resurgir. El proceso de reaparición siguió los mismos pasos que el proceso de abandono, es decir, primero aumentaron los índices de amamantamiento en las clases urbanas más favorecidas de los países con más desarrollo económico, luego le siguieron las clases menos desfavorecidas de los mismos países y, después, se pasó al mundo rural y a los países menos favorecidos económicamente, donde se siguió el mismo orden (González Fernández, 2011; Martínez Fernández, Gonzalo Hombrados, et al., 2003; Martínez Fernández, Grifo Peñuelas, et al., 2004).

Con relación a este cambio de mentalidad se producen una serie de fenómenos:

Antes de la concienciación de grandes colectivos y organizaciones, algunas personas, como la pediatra Cecily Williams, en 1933, ya proclamaba que el uso de la leche artificial producía numerosas muertes infantiles. Por otra parte, un grupo de mujeres, en 1956, en Chicago, donde estaba muy de moda la lactancia artificial, fundan “La Liga de la Leche”, para ayudar a las mujeres a dar lactancia natural. La liga de la leche, en la actualidad, es una organización internacional de apoyo a la lactancia materna muy destacada (Paricio Talayero, 2004).

La lactancia materna fue reconocida por todos los países como parte esencial de la estrategia de la atención primaria de salud, adoptada en Alma-Ata (Unión Soviética), en 1972, para alcanzar “Salud para todos en el año 2000” (OMS, 1981, 1985; Paricio Talayero, 2004).

En 1974 y 1978, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) empezó a alertar sobre la baja incidencia y prevalencia de la lactancia materna y sus peligros (Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Paricio Talayero, 2004).

En 1974, la 27ª AMS reconoció la gravedad del descenso en los índices de amamantamiento y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales, a su vez, recomendó a los estados miembros tomar medidas correctoras como la revisión de las actividades de promoción de las leches para lactantes. En 1978 la AMS señaló la promoción de la lactancia como una herramienta importante para combatir la malnutrición infantil (Paricio Talayero, 2004).

En 1979, la OMS y UNICEF organizan una reunión conjunta internacional sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, donde propusieron formalmente la realización de un código internacional de comercialización de alimentos destinados a la infancia, tema sobre el que posteriormente se realizarán sucesivas reuniones. Se recabó la opinión de profesionales y de expertos, se realizaron reuniones con todas las partes implicadas y se hicieron consultas a los gobiernos de los estados miembros, a las asociaciones de fabricantes y a los grupos que más se habían posicionado contra el empleo generalizado de los sucedáneos artificiales. Después de valorar toda la información recogida y todas las propuestas de las partes interesadas, en el año 1981, como resultado de varias reuniones, la OMS-UNICEF aprueban “el Código internacional de Comercialización de Sucédáneos de leche Materna”, que pretende asegurar el uso correcto de los sustitutos de la lactancia materna y controlar su publicidad. El problema fue que los gobiernos no transformaron enseguida en leyes las recomendaciones del Código de Comercialización. El Código fue durante mucho tiempo un referente ético sin capacidad legal para forzar su cumplimiento. En 1986, la AMS añadió una resolución que aconsejaba la prohibición de la donación o venta a barata de leche artificial en los hospitales de los países miembros. A Europa le costó diez años publicar un reglamento que fue la: “Directiva de la Comisión de la Comunidad Económica Europea 91/321” (publicada en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas en 4 de Julio de 1991). Este ordenamiento recogía la mayor parte de las propuestas del Código y fue adoptada al año siguiente en España como “Real Decreto (RD) 1408/1992” (publicado en el Boletín Oficial del Estado: 13 de enero de 1993). Otros decretos intentaron proteger la lactancia materna, como, “el RD 1907/1996”, que articula la forma de controlar la transparencia y veracidad de la información y publicidad sanitaria de estos productos y, “el RD

72/1998”, que aprobó la resolución específica de los Preparados para Lactantes y leches de continuación, aunque fue derogado por “el RD 867/2008”, de 23 de mayo (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2016; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Herrero Martínez, 2017; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b; Paricio Talayero, 2004). De todas formas, a pesar de las leyes promulgadas, en el año 2016, la Organización Mundial de la Salud, (en su documento “Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA69.9. Ginebra: OMS”) y otros autores, como Kent, et al. (2016), señalan que, aún hoy en día, se pueden encontrar en casi todos los países algún tipo de ataque al código internacional de comercialización de alimentos destinados a la infancia.

En los años que rodean a la década de los 80, se realizaron investigaciones que evidenciaban, cada vez más, la gran superioridad de la leche materna y se confirmó que el descenso de la lactancia materna es un grave problema, por ello se empezaron a adoptar medidas a nivel mundial. En 1981 la AMS declara la responsabilidad de los gobiernos de apoyar la lactancia materna y destaca el papel importante de los profesionales, en especial, los profesionales de la salud. Por el contrario, la Academia Americana de Pediatría, en 1984, realizó un informe en el que expresó que en poblaciones con buenas condiciones higiénicas no destacaba la importancia sanitaria de la lactancia materna (Vitora et al, 2016). En la línea opuesta a la Academia Americana de Pediatría, en 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas (órgano representante, normativo y deliberativo de la ONU), que se reúne anualmente y que cuenta con representación universal de sus 193 Estados Miembros, declara en la “Convención de los Derechos del niño”, en su artículo 24, el derecho del lactante a recibir lactancia materna y la necesidad de que su entorno esté bien informado de todo lo relacionado con este aspecto. A partir de aquí, la OMS y UNICEF elaboran un documento Protección, Promoción y Apoyo a la lactancia Materna, en el que se determinaron “los diez pasos hacia una feliz lactancia natural” (González Fernández, 2011; Herrero Martínez, 2017; Organización Mundial de la Salud, 1998).

Poco a poco se observa una ligera recuperación, sobre todo a partir de los años 90, pero no hasta los niveles planteados por la Organización Mundial de la Salud, que pretendía un inicio de alimentación natural del 75% y un mantenimiento del 50% a los 6 meses (Lawrence y Lawrence, 2007; González Fernández, 2011; Oliver, 2012; Paricio Talayero, 2004).

Múltiples estudios apoyan las recomendaciones efectuadas y reiteradas por la OMS y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) sobre la conveniencia de la lactancia, pero estas recomendaciones no consiguen el efecto deseado en la población (Lawrence y Lawrence, 2007; González Fernández, 2011; Oliver 2012).

En 1990, en Florencia (Italia) se elabora “la Declaración de Innocenti”, aprobada en la reunión conjunta OMS/UNICEF. Esta declaración propone, como meta mundial, la lactancia materna exclusiva hasta los 4-6 meses de edad y como complemento de otros alimentos, hasta los 2 años o más, e insta a los gobiernos a tomar las medidas oportunas para recuperar la cultura de la lactancia materna y a cumplir enteramente los “Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa” en todas las maternidades. La “Declaración de Innocenti” fue alcanzando importancia y sus objetivos se incluyeron en la “Cumbre Mundial de la Infancia”, donde, en las conclusiones se señaló, como meta para el año 2000, conseguir que todas las mujeres amamantasen a su descendencia de forma exclusiva y, complementada con otros alimentos, el tiempo que se menciona en “la Declaración de Innocenti”. Aquí los gobiernos volvieron a confirmar su compromiso de fomentar la lactancia materna (González Fernández, 2011; Herrero Martínez, 2017; Martínez Fernández, Gonzalo Hombrados, et al., 2003; Martínez Fernández, Grifo Peñuelas, et al., 2004; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b; Organización Mundial de la Salud, 1998; Vallenas, 2000).

A partir de los compromisos de la “Declaración de Innocenti”, el 14 de febrero de 1991, se forma “la Alianza Mundial pro-Lactancia Materna” (WABA), que es una red global de individuos y organizaciones que proporciona una plataforma común mundial para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. Las actividades y acciones de WABA se basan en la “Declaración de Innocenti” y, posteriormente, desde que se establecieron, en “los Diez Pasos de la lactancia Materna” y “la Estrategia

Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño pequeño”. Hay que destacar que existe una importante relación entre WABA, OMS, UNICEF y el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, ECOSOC (González Fernández, 2011; Grupo de Trabajo Centros de Salud-IHAN, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b, Organización Mundial de la Salud 2001, 2002, 2003; Vallenas, 2000).

En este mismo año se publicaron una serie de indicadores para evaluar la alimentación infantil (OMS, 2007, 2009; González Fernández, 2011). Y, entre los años 1990 y 1993, se elaboraron una serie de cursos de asesoramiento en lactancia materna y atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia. Estos cursos han sido desarrollados por la OMS y UNICEF, han sido traducidos a más de 15 idiomas e impartido en más de 15 países (Vallenas, 2000).

También en respuesta a la “Declaración de Innocenti”, en 1991, en el Congreso de pediatría celebrado en Ankara (Turquía), se presentó la estrategia de “Baby Friendly Hospital Initiative” (BFHI), en español “Hospitales amigos de los niños” (IHAN). Este método está basado en una serie de cambios y experiencias que, en 1978 unos pediatras del hospital Universitario de San Diego de California, comprobaron que eran efectivas para el aumento del índice de lactancia materna. Esta iniciativa desde un principio exigió el cumplimiento de los llamados “Diez pasos hacia una lactancia natural”. Se trata de un esfuerzo mundial lanzado y auspiciado por OMS y UNICEF para implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna. Nació con la intención de motivar a los hospitales, servicios de salud, y en especial a las salas de maternidad en la adopción de prácticas de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento y, en la actualidad, sigue con su misión desde diferentes frentes. Esta estrategia cambió de nombre (en el año 2009) y pasó a denominarse “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia” aunque se siguió conociendo por las siglas IHAN. Finalmente, se optó por utilizar IHAN como un término propio y no como acrónimo de las antiguas denominaciones. La IHAN aporta mediante una serie de documentos y reuniones científicas, entre otros medios, información científica mundial escrita, revisada, actualizada y ampliada sobre alimentación natural al lactante para conseguir:

- Atención integral.
- Apoyo al cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Ayuda a las madres que no amamantan.
- Pautas sobre enfermedades, alimentación infantil y atención amigable a la madre.
- Acreditación o galardón “Amigo de los Niños”, tanto a centros de salud como a hospitales. Para conseguir este galardón los centros sanitarios tienen que lograr una serie de pautas y metas y se han de superar varios niveles relacionados con el apoyo y promoción de la alimentación natural. Los requisitos para la obtención de este galardón se han ido modificando y ampliando con el paso del tiempo. Después de conseguido el galardón, la IHAN continúa con el monitoreo y la reevaluación de los centros sanitarios.

(González Fernández, 2011; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Martínez Fernández, Gonzalo Hombrados, et al., 2003; Martínez Fernández, Grifo Peñuelas, et al., 2004; Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2011b; Vallenas, 2000).

La IHAN, en el año 2000, para implicar más a los profesionales, promover el intercambio de experiencias entre los grupos que trabajaban en la promoción de la lactancia y dar a la iniciativa IHAN mayor respaldo científico, organizó, por primera vez en España, un Congreso de Lactancia Materna en Valencia y, desde entonces, se celebra cada dos años. Cuatro años antes se había creado un Comité de Lactancia Materna dentro de la Asociación Española de Pediatría (AEP). La participación de este comité, junto a otras organizaciones científicas, ha sido importante en la programación y organización de estos congresos (IHAN, 2016a; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b).

De una forma paralela, como hasta la fecha no se valoraba el crecimiento de los lactantes con datos de niños amamantados y eso provocaba falsas ideas de crecimiento alterado, entre 1997 y 2003, se van recogiendo datos para elaborar las curvas de crecimiento de la OMS para elaborar con posterioridad un nuevo patrón de referencia, basado en el crecimiento de niños alimentados con pecho (González Fernández, 2011).

Además, en el año 2001, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, en su 54ª reunión, revisó los proyectos realizados hasta la fecha y desarrolló la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. La AMS solicitó a la Directora General que presentase la estrategia, en enero del 2002, al Consejo Ejecutivo, en su 109ª reunión y, en mayo del 2002, a la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Herrero Martínez, 2017; Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2011b; Organización Mundial de la Salud, 2002, 2003).

El Consejo Ejecutivo recomendó que la Asamblea de la Salud adoptara la estrategia mundial y que los Estados Miembros la aplicaran. El 18 de mayo del 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, se aprobó, por consenso. El 16 de septiembre fue aprobada también por la junta ejecutiva de la UNICEF (WHA55 A55/15, párrafo 10). A partir de aquí quedó patente la recomendación de administrar la lactancia exclusiva durante 6 meses, que hasta entonces era entre los 4 y 6 meses, y, mantenerla hasta los 2 años como mínimo, complementada con una alimentación sana, segura, apropiada y realizable. Este último paso mencionado tuvo como base las acciones realizadas con anterioridad, en especial en “la Iniciativa IHAN” (que queda definida como la herramienta más útil para ayudar al cambio de los servicios de maternidad), “el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”, “la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural” y la “Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición”, siempre teniendo en cuenta el contexto global de políticas y programas nacionales de cada país sobre nutrición y salud del menor. Además, se señaló también la necesidad de políticas nacionales integrales de alimentación del lactante y del niño pequeño, con inclusión de directrices para promocionar la alimentación adecuada de los lactantes y de las niñas y niños pequeños en circunstancias excepcionalmente difíciles. También se insistió en la necesidad de asegurarse de que todos los servicios de salud protejan, promuevan, impulsen y apoyen la lactancia materna exclusiva y una alimentación complementaria con otros alimentos a partir del 6º mes, adecuada y sin interrupción de la lactancia natural. Asimismo, en una de las recomendaciones se hace referencia concreta a mantener investigaciones clínicas poblacionales sobre los factores de comportamiento

de las madres que lactan. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a, 2011b; Organización Mundial de la Salud, 2002, 2003)

En el año 2004, los miembros del “Grupo de trabajo de los indicadores de la Alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS” iniciaron una labor de revisión sobre estos indicadores (los establecidos en 1991, antes mencionados) que culminó con el acuerdo de 8 indicadores básicos y 7 opcionales para evaluar las prácticas sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños a nivel poblacional. Estos indicadores podrían recogerse, por ejemplo, por medio de encuestas a los hogares. Resultó un esfuerzo de 5 años para desarrollar indicadores fáciles de medir, válidos y fidedignos y que pudieran ser utilizados para evaluar prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño, además de evaluar y comparar estas prácticas en diferentes ambientes y épocas. El informe fue presentado en Washington en noviembre del 2007 (OMS, 2007, 2009; González Fernández, 2011).

Durante los años 2004 y 2005, tras la implantación y elaboración de conclusiones de “la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño pequeño”, la experiencia acumulada los años anteriores, y la necesidad de revisar la dirección que debía seguir la IHAN en el futuro, el Comité OMS/UNICEF planteó hacer una revisión en profundidad de la estrategia. Se pidió la opinión de coordinadores nacionales, evaluadores, expertos en lactancia y representantes de gobiernos y se analizó la experiencia de más de 10.000 hospitales de todo el mundo. Se observó que las madres continuaban necesitando apoyo tras el alta hospitalaria, tanto en el periodo de lactancia natural exclusiva, como en la etapa de lactancia complementada con otros alimentos, además de que se advirtió que la asistencia durante el parto influía en el inicio o no inicio de la lactancia materna.

Por todo esto, se desarrolló una versión renovada de la iniciativa, se extendió más allá de los hospitales y maternidades hacia todos los ámbitos relacionados con el cuidado materno infantil: la atención prenatal, las salas de hospitalización de neonatos y lactantes, los centros de salud y hacia otros sectores de la comunidad como universidades, resto de centros educativos, centros de trabajo e incluso, zonas comerciales. Se añadieron recomendaciones para la atención a los partos normales,

para la alimentación de los lactantes con riesgo de infección, en especial del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y también para las madres que optaban libremente por la lactancia artificial. En 2006 salió a la luz la versión en inglés de la nueva estrategia IHAN y en 2007 en español. Este mismo año 2007, IHAN-España sufre una renovación interna radical con un nuevo coordinador, nuevo presidente, nuevo organigrama y nuevos grupos de trabajo multidisciplinares (González Fernández, 2011; Grupo de Trabajo Centros de Salud-IHAN, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b).

Tras la renovación de la IHAN, en España se empieza con la Iniciativa Centros de Salud IHAN para la obtención del galardón IHAN. Estos deben cumplir 7 pasos y una serie de condiciones. Además, para la obtención del galardón IHAN por parte de los hospitales, se añaden algunas condiciones (González Fernández, 2011; Grupo de Trabajo Centros de Salud-IHAN, 2009; Hernández Aguilar et al., 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b):

- Tener al menos un 75 % de lactancia materna exclusiva en el momento del alta hospitalaria.

- Ofrecer información y apoyo a las madres que no amamantan para promover también en ellas el desarrollo del vínculo con su hijo y para enseñarles cómo preparar y administrar los biberones de leche artificial de manera segura.

- Atención amigable con la madre: ofrecer asistencia en los partos normales respetando las necesidades del binomio madre-neonato y el establecimiento de las relaciones de vínculo y apego. En España las recomendaciones de la atención amigable con la madre se recogen en la Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Ministerio de Sanidad y Política social, 2008, 2009, 2010a, 2010b, 2011a).

La estrategia IHAN, en sus diferentes denominaciones según la lengua del país (“strategy BFHI” en inglés) es seguida por numerosos países. Los representantes, coordinadores o responsables de cada país se reúnen periódicamente desde 1887 y han establecido una red. La difusión de BFHI ha mantenido un ritmo continuo de

implantación y crecimiento, pero con diferencias entre países, que la mayoría de las veces están relacionadas con la cantidad y calidad de apoyo institucional que recibe de los gobiernos. En algunos países, como Suecia, han conseguido la acreditación alrededor del 90% de los hospitales maternos, sin embargo, otros, como Malta, tienen cifras realmente bajas, sobre el 2%. Por otra parte, hay que señalar que muchos países han aumentado su tasa de implantación de la IHAN cuando sus gobiernos han respaldado y aportado recursos para la puesta en marcha de la Iniciativa. España está en un nivel bajo, aunque cada vez más esta iniciativa tiene más apoyo institucional (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b).

Por otra parte hay que mencionar que la organización política de España en Autonomías ha inducido a que la IHAN delegue en los Comités Autonómicos las tareas de formación y asesoría, manteniendo desde el Comité Nacional la necesaria unidad de criterios, promocionando la igualdad de oportunidades entre todos los territorios de España y garantizando la evaluación externa similar en todas las instituciones (hospitales y centros de salud) que aspiren a la acreditación, de forma que no haya variaciones en el nivel de exigencia. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b).

Con el objetivo de ir reconociendo públicamente los esfuerzos que van realizando los centros sanitarios y de mantener el estímulo para llegar al final del proceso, la IHAN decidió implantar en España en el año 2011 un sistema de acreditación por fases (cuatro fases, tanto para hospitales como para centros de salud) que ya había sido probado en otros países con buenos resultados y que provocaban que la instauración de las prácticas adecuadas fuera más fácil y, que guardara un orden progresivo y lógico. La IHAN aporta un programa estructurado y apoyo para que el personal sanitario responsable de la atención a madres y lactantes mejore sus prácticas, se consiga el aumento de las tasas de lactancia y se logre finalmente la acreditación de “centro sanitario IHAN”. Diversos organismos internacionales (entre ellos la OMS y la Comisión Europea) han reconocido que esta Iniciativa representa en la actualidad la mejor práctica basada en la evidencia científica para la promoción, protección y apoyo a la lactancia y se ha demostrado su eficacia para aumentar las tasas y la duración de la lactancia. Por esto, la Comisión Europea recomienda apoyar su implantación en Europa

y, en España, se está instaurando cada vez con más apoyo gubernamental (González Fernández, 2011; Grupo de Trabajo Centros de Salud-IHAN, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b).

Por otra parte, de forma paralela a lo que se ha expuesto se fueron realizando otras actividades con el mismo objetivo de recuperación de la lactancia materna, como son:

La Academia Americana de Pediatría, en el 2004, realiza recomendaciones para profesionales de la salud con respecto a la asistencia a madres e hijos en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna y propone formas de promoción, además de en el medio sanitario, en la universidad, comunidad y nación (Academia Americana de Pediatría, 2005).

Durante el periodo que comprende desde 1997 a 2004, diferentes expertos pertenecientes a diferentes asociaciones (Asociación Internacional de Consultores de Lactancia, Asociación de matronas y enfermeras pediátricas, pediatras de la comunidad valenciana...) elaboran unas guías de actuación clínica basada en la evidencia, para el manejo, promoción y apoyo de la lactancia materna (Hernández Aguilar et al., 2004; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005).

En Europa, en Dublín (Irlanda), en 2004, se realiza “el Plan de acción europeo para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna”. Este plan recoge las recomendaciones de “la Estrategia mundial de alimentación del lactante y el Niño Pequeño” y las adapta a nuestra realidad. Además, reconoce la lactancia materna como una prioridad de salud pública a nivel europeo y, las bajas tasas de inicio y mantenimiento, como un problema de graves consecuencias para la salud materno-infantil, la comunidad y el medio ambiente, que provoca gasto sanitario, desigualdades sociales y problemas de salud evitables. Asimismo, reclama al personal sanitario y a las administraciones nacionales y comunitarias, la puesta en marcha de planes de actuación. Dos años más tarde, se publican, como complemento y en desarrollo de este plan, las recomendaciones estándar para la alimentación del lactante y el niño pequeño en la Unión Europea y unas directivas relacionadas con “el Código de Comercialización

de las leches artificiales” (González Fernández, 2011; Grupo de Trabajo Centros de Salud-IHAN, 2009; Herrero Martínez, 2017; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b).

A todo esto, se van sumando poco a poco iniciativas administrativas por parte de los diferentes gobiernos, tanto centrales, como autonómicos, con leyes que apoyan la vida familiar y se traducen en mejoras para la lactancia. A todo esto, se le añade una cooperación entre gobiernos y sector sanitario que conlleva a la elaboración de una serie de guías, documentos y recomendaciones (González Fernández, 2011; Herrero Martínez, 2017; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010a, 2010b, 2011a, 2011b). Según los autores mencionados, en España se puede observar a modo de ejemplo:

- En Mayo del año 2004, la Conselleria de Salud de la Generalitat Valenciana, financia la elaboración de una guía de práctica clínica basada en la evidencia.

- En el año 2007 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad trabajó en el “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud”, publicando en 2008 “la Estrategia de Atención al Parto Normal”.

- En el año 2009 el Ministerio de Sanidad y Política Social Español colaboró, en el establecimiento de estándares y recomendaciones favorecedores de la lactancia materna para maternidades hospitalarias.

- En los años 2010-2011, el Ministerio de Sanidad y Política Social Español participó en estrategias y guías de Salud Sexual y Reproductiva. Se elaboraron una serie de recomendaciones y se incluyen aspectos contemplados a la vez por la IHAN.

- El 16 de febrero del 2011 el presidente de UNICEF del Comité Español y la ministra de Sanidad y Consumo, firman un convenio para promover la lactancia materna y ese año se publica: “IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación”.

- En los últimos años se incluye la lactancia materna dentro de otras estrategias de salud como: “la Estrategia de Nutrición, actividad Física y Prevención de la Obesidad”.

“la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención de la cronicidad”, “la Estrategia de Equidad en Salud en Infancia y Adolescencia” y “el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia”, entre otras.

En la misma línea, como en el plan estratégico de la Unión Europea se señala la necesidad de educación en lactancia materna, formación pregrado, continuada e interdisciplinar, y la necesidad de desarrollar materiales de formación, se efectúan una serie de acciones en diferentes países, incluida España, encaminadas a subsanar este aspecto. Esta idea es compartida por otras organizaciones como la OMS y la Academia Americana de Pediatría que hace mucho hincapié en la necesidad de formación de los profesionales y este tipo de educación se extiende en numerosos países de todo el mundo. En concordancia con esta idea, en España, el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, el Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria, la IHAN y números expertos en el tema, infunden la importancia de adquirir formación en lactancia materna y de colaborar en los planes de formación para estudiantes y en el postgrado. Se difunde la idea de que el apoyo a las mujeres debe proporcionarse desde todos los ángulos y que la formación y conocimiento de los profesionales puede ayudar a una correcta nutrición del lactante, además de evitar muchas complicaciones y se toman algunas medidas para ponerlo en práctica. (Asensi Monzó, Fabregat Ferrer, Gutiérrez Sigle, Soriano Faura, 2013; González Fernández, 2011; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b).

Por otra parte, también hay que mencionar que, en el caso concreto de nuestro país, aunque el gobierno ha tenido iniciativas de apoyo y fomento a la lactancia materna, para lograr una alimentación adecuada de los lactantes, también faltan leyes que faciliten a las madres trabajadoras la compatibilidad de su trabajo y la posibilidad de dar lactancia materna a su descendencia durante 2 años o más tiempo. Es una realidad que cuando una mujer cuenta con herramientas adecuadas y apoyo suficiente es más fácil que prolongue su lactancia tanto como ella o su bebé lo deseen. Cuando una mujer trabajadora tiene descendencia, se le concede un período de 16 semanas de descanso, así, en general, cuando la madre tiene que volver al trabajo, el bebé no tiene 6 meses de edad, aunque se puedan juntar diferentes permisos como horas de lactancia o

vacaciones, hecho que no facilita ni las recomendaciones de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ni el resto de las recomendaciones. Todo esto se puede comprobar en la guía jurídica de lactancia, elaborada por Gómez Cerdán y Carmona Paredes (2017) para “la Mama d’ Elx”, grupo de apoyo a la lactancia materna. Esta guía contó con el soporte de la Facultad de Ciencia Jurídicas de la Universidad Miguel Hernández de Elche para su realización.

En otro orden de cosas, es necesario considerar también que, durante todo este proceso de pérdida de cultura de lactancia materna y recuperación, a casusa de la importancia vital de leche materna, sobre todo en lactantes prematuros y enfermos, los bancos de leche, nacidos a principios del siglo XX, se van incrementando en número, se multiplican y se propagan a diferentes países. Esta extensión es muy desigual y no tienen la misma consideración. En los países musulmanes, por ejemplo, aún en la actualidad, hay problemática en la utilización de leche de otra mujer por la creencia de que el amamantamiento provoca la formación de parentesco (lazos de leche) que en un futuro pueden interferir en un matrimonio. En el caso de España los bancos tardaron más en hacer su aparición que en otros países. El primero se inaugura en Mallorca, en 2001, casi un siglo después del nacimiento del primer banco de leche y, en 2007, se abre el primer banco de leche de la península, en Madrid. En la actualidad en España hay 11 bancos. Estos bancos realizan una labor muy importante en la recuperación de la salud de los lactantes, en ellos se mantienen controles y medidas de almacenamiento muy estrictos para asegurar la seguridad y calidad y, desde ellos, también se promueve, investiga y apoya la lactancia materna (García-Lara, García-Algar y Pallás-Alonso, 2012; Gormaz et al., 2011; Kent et al., 2016; May, Ferreiro y Mangalaven, 2015; Soler, 2017; Vázquez Román et al., 2009).

Por último, hay que señalar que, tanto a nivel de España, como a nivel mundial, siguen abiertas diversas iniciativas. A nivel mundial hay que destacar la iniciativa de la OMS y UNICEF que, en la 56ª asamblea de la salud, planteó como objetivo para 2025 llegar hasta el 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. Para ello, en el año 2017, se ha creado el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna, compuesto por organizaciones no gubernamentales y otros asociados, como

instituciones académicas, con carácter internacional, que pretenden conseguir y reunir diversos apoyos favorables a la lactancia materna de procedencia diversa: política, financiera, legal y del público en general. Además, la OMS aúna esfuerzos para conseguir un consumo sostenible de recursos y, como objetivo fundamental de salud y desarrollo, respalda la lactancia materna como pieza fundamental en este objetivo (OMS, 2017a, 2017b; UNICEF, 2017). A su vez, a nivel de nuestro país sobresalen numerosas iniciativas de promoción y apoyo de la lactancia materna, como la labor de IHAN en España o la labor de numerosos comités y asociaciones que luchan día a día para conseguir la mejor alimentación para el lactante (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004, 2005, 2012, 2015, 2016^a, 2016^b; Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria, 2011; IHAN, 2016; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b).

3- HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

3.1- Hipótesis de trabajo

La lactancia materna podría aumentar en incidencia y prevalencia con una adecuada educación y apoyo sanitario.

3.2- Objetivos

3.2.1- General

- Comprobar si un incremento de la información adecuada y refuerzo de apoyo sanitario adicional implica un aumento en la incidencia y prevalencia de la lactancia materna.

3.2.2- Específicos

- Conocer la incidencia y prevalencia de la lactancia materna de las mujeres atendidas en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

- Identificar las intenciones maternas de inicio y mantenimiento de la lactancia natural.

- Comparar las intenciones maternas de inicio y mantenimiento de la lactancia materna con los meses reales que la ha proporcionado en ambos casos.

- Averiguar los conocimientos y actitudes maternos sobre aspectos básicos de la lactancia natural.
- Conocer los factores y aspectos que influyen a las madres actuales con respecto a la toma de decisión y mantenimiento del tipo de lactancia con la que alimentarán a su descendencia.
- Indagar la procedencia de la información sobre la alimentación del lactante que poseen las mujeres incluidas en el estudio.
- Detectar los medios de apoyo a la lactancia natural de que disponen las madres.
- Elaborar y validar un cuestionario que recoja información sobre alimentación del lactante que englobe intenciones maternas, preferencias, realidad, conocimientos básicos y dificultades percibidas por la población estudiada.

4- MATERIAL Y MÉTODOS

4.1- Diseño

Esta tesis es un trabajo de investigación con doble diseño. En una primera fase se observa incidencia / prevalencia y en una segunda fase se realiza un estudio experimental con enmascaramiento simple ciego. Ambas fases están sustentadas por el recuso de la encuesta.

Los trabajos de investigación mediante encuestas se basan en la utilización de cuestionarios como instrumento básico (Casas Anguita, Repullo Labrador, Donado Campos, 2003).

Este estudio se fundamenta en la realización de un cuestionario que tiene dos partes que se responden en dos tiempos diferentes y en su posterior cumplimentación y análisis de las respuestas, además de en la instauración de una intervención de información y apoyo a una parte de la población estudiada antes de cumplimentar la segunda parte del cuestionario, con el fin todo ello de recoger de información sobre alimentación infantil y factores relacionados.

Para todo lo anterior se utilizó un cuestionario de elaboración propia que se puede consultar en el anexo 1.

Aignerren Aburto, en 2005, en la revista “La Sociología en sus Escenarios” editada por Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, afirma que la encuesta es uno de los escasos recursos que existe para la investigación de preferencias, conocimientos, intenciones y hábitos sociales. Señala que con el método de la entrevista se obtienen datos de gran interés ya que se trata de un método muy preparado para la investigación. También refiere que el método de la encuesta permite la adaptación con el fin de conseguir información que se puede hacer extensible a casi cualquier conjunto de población. Además, añade que es un procedimiento que hace posible el rescate de datos concretos sobre eventos anteriores. Y, por último, permite estandarizar datos para poder realizar un análisis estadístico de estos y se puede utilizar para comprobar hipótesis, mediante la relación entre dos o más variables. Con Aignerren Aburto, coinciden numerosos autores como Casas Anguita, Repullo Labrador, Donado Campos, 2003.

4.1.1- Cuestionario

Para la realización de esta investigación se precisaba un documento que recogiera de modo organizado los indicadores de las variables incluidas en los objetivos de esta investigación y permitiera la comprobación de la hipótesis formulada.

En el momento en que se realizó el proyecto de esta investigación existían diversos estudios que habían utilizado encuestas sobre la recogida de información de varios aspectos relacionados con la alimentación infantil y la lactancia materna. Un ejemplo de estos estudios son el que realizaron Bove y Cerruti en septiembre de 2007 para UNICEF, Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición Infantil y Ministerio de salud pública de Uruguay, uno anterior realizado también por UNICEF de Uruguay la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición Infantil en 2004 y un estudio realizado en Malasia por Tengku Alina y Zaharah en 2010. A pesar de la existencia de estos y otros estudios, después de realizar una búsqueda exhaustiva, se optó por la realización de un cuestionario propio porque no se encontró una herramienta validada con la que se pudieran obtener datos sobre los conocimientos, opiniones y preferencias de las gestantes en relación a la alimentación de su descendencia, además de la información sobre si se habían cumplido sus preferencias tras el nacimiento y también de los factores que habían podido influir en el cumplimiento o no de las preferencias. Posteriormente, se han publicado otros estudios como los Gómez Fernández-Veguela y Menéndez Orengab en 2015 de la asociación española de pediatría y Parrilla Gil en 2014, pero tampoco exponen una herramienta que recoja los aspectos mencionados. Lo que sí se ha encontrado es un estudio realizado en 2015 por Oribe et al. que forma parte del proyecto INMA, Infancia y Medio Ambiente, financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Expediente PI06/0867), por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (20051110093), por la Diputación Foral de Gipuzkoa (DFG06/004 y DFG08/001) y por los ayuntamientos de la zona de estudio (Zumarraga, Urretxu, Legazpi, Azkoitia, Azpeitia y Beasain) que contiene semejanzas con el cuestionario de este estudio, aunque hay que remarcar que el diseño del cuestionario de este estudio es anterior a la publicación del artículo mencionado y que no recoge todos los aspectos necesarios para esta investigación.

Dado el hecho de que no se encontró en la bibliografía un cuestionario que recogiera los aspectos que se querían estudiar, se diseñó uno, con el fin de recoger de modo organizado todos los datos necesarios para la realización de esta investigación.

La bibliografía se ha elaborado con la recogida de información científica online e impresa de diferentes tipos, como libros y artículos, entre otras fuentes, y para ello se han tenido en cuenta diversos tipos de publicaciones, como estudios descriptivos o analíticos, revisiones bibliográficas, guías y diferentes documentos legales, estadísticos e históricos.

La bibliografía utilizada ha sido extraída de:

- Bases de datos: Cochrane, Scielo.org, Medline (a través de PubMed), IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud), Dialnet, Cuiden, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) y Google académico, dada la importancia de estas bases en el ámbito de la salud y la evidencia científica de los artículos que proponen. La búsqueda ha sido realizada mediante diversas palabras relacionadas con el tema de esta tesis, con descriptores (DeCS y MeSH) de Ciencias de la Salud, en castellano, valenciano e inglés y con diversos operadores, sobre todo, booleanos.
- Artículos y libros aconsejados por los tutores de esta tesis.
- Publicaciones recomendadas por expertos en lactancia.
- Recursos bibliográficos facilitados por la biblioteca de las Ciencias de la Salud y por la biblioteca de Psicología y Deporte, ambas de la Universidad de Valencia.
- Documentos y comunicaciones sobre alimentación infantil elaborados, refrendados o mencionados por diversas organizaciones y asociaciones científicas nacionales e internacionales.

La elaboración de las preguntas del cuestionario diseñado en esta tesis, o lo que es lo mismo, la definición del constructo o aspectos a medir, se ha basado en las indicaciones de las organizaciones y personas con conocimientos y experiencia investigadora sobre lactancia infantil consultados y que forman parte de la bibliografía.

Los documentos más destacados para la confección del cuestionario son:

- Documento elaborado por la OMS y UNICEF a partir de la Asamblea Mundial de la Salud de 1989 denominado “Protección, Promoción y Apoyo a la lactancia Materna”, en el que se determinaron los diez pasos hacia una feliz lactancia.
- La nueva estrategia de la IHAM en 2006 que generó los 7 pasos aplicables a los centros sanitarios.
- El documento denominado “Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño”, elaborado por la OMS en el año 2009. Este documento expone los nuevos indicadores revisados varios meses antes, algunos de ellos relacionados con la lactancia materna.
- Además, se tuvo en cuenta otros documentos emitidos por la OMS, tanto por ella misma, como en coautoría con otras organizaciones, gobiernos de diferentes países y expertos en alimentación infantil. Y también se consideraron las aportaciones de documentos de la UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Uruguay y IBFAN (Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil), Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición Infantil en 2004, Asociación Española de Pediatría en un artículo escrito por Paricio Talayero en 2004, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en 2002, etc.

Al diseñar el cuestionario se respetaron varios aspectos que se ha comprobado que aconsejan diferentes autores. Estos aspectos son: que las preguntas sean claras, precisas, sencillas, lo más cortas posible, de fácil comprensión, que contengan una sola idea, que no sean dirigidas, que promuevan con la misma intensidad la posibilidad de contestar cualquiera de las opciones de las preguntas cerradas, que las respuestas sean excluyentes, que las respuestas de las preguntas abarquen todos los casos que pueden darse, que el lenguaje sea comprensible para todo el mundo, en especial para el grupo entrevistado, que no tenga términos vagos, que se realice un uso correcto del lenguaje de género, que estén personalizadas, que estén agrupadas en temas y que no se necesite un tiempo excesivo para contestarlo. Además, en el proceso de validación se comprobó, en coincidencia con lo que también aconsejan algunos autores, que si no se formulaban de forma negativa se evitaban errores de interpretación (Casas Anguita, Repullo Labrador, Donado Campos, 2003; Martín Arribas, 2004).

Las preguntas son casi todas cerradas o estructuradas, exceptuando una pequeña parte de preguntas abiertas, que a pesar de ser abiertas admiten respuestas muy concretas, nada extensas. Las preguntas abiertas han sido diseñadas de esta forma para recabar información exacta en el caso de las preguntas que recogen datos numéricos y, en los dos casos que recogen datos no numéricos, para indagar sobre opciones distintas a las consideradas en otros apartados.

Partes del cuestionario

Se hicieron dos grandes bloques de preguntas:

- El primer bloque se diseñó para ser respondido por gestantes inmediatamente después de la aceptación voluntaria de participación en este estudio sin ningún tipo de distinción por grupos.
- El segundo bloque se diseñó para ser respondido meses o años después de haber tenido un niño o niña. En este segundo bloque un grupo de mujeres habrían tenido intervención de apoyo y otras no, dependiendo de su asignación al grupo control o al grupo experimental.

Para poder completar el segundo bloque, el cuestionario tiene un apartado para incluir un correo y/o un teléfono de contacto durante la cumplimentación del primer bloque.

En un principio el cuestionario está diseñado para ser autoadministrado, exceptuando, en la primera parte, algunos casos en que la persona entrevistada solicitó responder de forma oral y, en la segunda parte, la población estudiada que optó por la cumplimentación del cuestionario de forma telefónica. En estos casos fue administrado de forma objetiva por una persona del equipo entrevistador.

Preguntas del primer bloque:

- En primer lugar, bajo el enunciado “**datos maternos**”, se formularon las preguntas de situación, o "background", básicas, para obtener los datos generales elementales de las personas encuestadas e iniciar la toma de contacto. Se siguieron las recomendaciones de la bibliografía consultada que recomienda empezar una encuesta

con preguntas generales para inicio de toma de contacto y lograr la apertura de la persona encuestada. Casi todas las preguntas del primer apartado son cerradas categorizadas unas y dicotómicas otras, exceptuando la edad que pide la edad en años para obtener información concreta.

- En segundo lugar, bajo el enunciado “**opiniones maternas lactancia materna / lactancia artificial**” se realizó una batería de preguntas que buscaban opiniones de las gestantes sobre alimentación de su futura hija o hijo. Esta batería de preguntas complementa, explica y detalla la pregunta principal y siguen las indicaciones de diseño de la bibliografía indicada. En un principio estas preguntas podrían ser dicotómicas, es decir que se pueden contestar con un “sí” o un “no”, pero durante la fase de pilotaje se agregaron las opciones “No Sabe” y “No contesta” porque las participantes del estudio piloto consideraron esas alternativas importantes y necesarias para que las personas entrevistadas pudieran escoger sus respuestas de forma más adecuada a lo que querían contestar. Esta modificación fue aprobada por el equipo investigador.
- La tercera y última parte de este tercer bloque tiene el enunciado “**preferencias**” que, como su nombre indica, consta de otra batería de preguntas que pretenden averiguar las preferencias de la gestante con respecto la alimentación de su futuro hijo o hija. Se trata de una serie de preguntas cerradas con diferentes opciones excluyentes entre sí.

Preguntas del segundo bloque:

- Este bloque consta de una parte única con el título “**Hechos**” y las preguntas son mayoritariamente cerradas, dejando algunas abiertas para ser completadas por un número o por palabras específicas (en concreto palabras que indiquen procedencia de información o apoyo relacionado con la alimentación del lactante). Al principio de este apartado se solicita el teléfono y/o correo con el único fin de cumplimentar todo el cuestionario y es lo único que se contesta de este apartado al inicio de la participación en el estudio. El resto se contesta en una segunda fase, varios meses o años después de la cumplimentación del primer bloque.

4.1.2- Tipo de estudio

El estudio se divide en dos grandes bloques, que se corresponde con la división del cuestionario:

- En una **primera fase** se hizo un corte de prevalencia o estudio descriptivo transversal, basado en la recogida de información de la primera parte del cuestionario.
- En una **segunda fase** se realizó un estudio analítico experimental longitudinal prospectivo simple ciego.

Para la realización de esta segunda fase se separaron a las participantes del estudio en dos grupos, grupo control y grupo experimental, mediante un muestreo estadístico probabilístico aleatorio simple. Todas las participantes tuvieron la misma probabilidad de ser elegidas para formar parte de un grupo u otro y todos los individuos que cumplían los criterios de inclusión eran seleccionables. El muestreo consistió en que en el lugar de captación de la muestra del estudio (que era la consulta de monitorización fetal del CHGUV) había dos sillones donde las gestantes se sentaban para recibir la atención sanitaria para la que acudían a la consulta. Las mujeres elegían libremente en cuál de los dos sillones sentarse. Por otra parte, antes de que la participante eligiera en que sillón sentarse, el investigador encargado de incluir a las gestantes en el estudio, cada día que le tocaba la recogida de datos asignaba al azar a cada sillón la pertenencia a uno de los grupos sin comentar esta asignación a las participantes del estudio.

A las mujeres participantes asignadas al grupo experimental se les aplicó posteriormente una intervención para mejorar la tasa de lactancia materna (con total desconocimiento de las participantes del hecho de que se les estaba proporcionando algún elemento diferente al resto de las gestantes) y al grupo control no se le realizó nada adicional ni diferente a lo que se realizaba a las mujeres con idénticas características fuera del estudio.

La intervención se basó en los diferentes documentos bibliográficos consultados antes de su diseño que señalan la importancia del apoyo e información adecuada para mejorar las cifras de uso de lactancia materna (Aparicio Rodrigo y Balaguer Santamaría, 2007; Armas 1998; Asociación Española de Pediatría, 2008; Camargo Figuera et al.,

2011; Cardenas et al., 2010; Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004, 2005; Diaz, 2000; Grupo de Trabajo Centros de Salud-IHAN, 2009; Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado, 2005; Hernández Aguilar et al., 2009; Lawrence y Lawrence, 2007; OMS, 2001, 2002, 2003, 2010; OMS y UNICEF, 2003; Pallás Alonso 2006).

La intervención consistió en dos aspectos principales:

- Sesión especial de apoyo a la lactancia.

Después de la cumplimentación de la primera parte del cuestionario y de la inclusión en el grupo experimental, se proporcionó a cada mujer, de forma individual, en una consulta de la policlínica del CHGUV (que es donde se recogió la muestra de este estudio), información verbal basada en los puntos del anexo 3 por medio de una corta explicación. Además se mantuvo un dialogo sobre la alimentación infantil, se invitó a exponer dudas e inquietudes sobre el tema y se entregó un folleto de información escrita (anexo 4) sobre la lactancia materna y sobre aspectos que pueden interferir en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

- Mantenimiento de apoyo continuado mientras duró el estudio.

La parte más importante de la intervención es que al grupo experimental se le facilitó una forma de consulta rápida y personalizada de dudas e incidencias sobre la alimentación con lactancia materna. Las consultas se podían realizar por medio del correo electrónico y el teléfono personal de la autora de esta investigación. A este grupo de madres se les informó de que podían realizar todas las consultas que necesitasen por cualquiera de los dos medios mencionados. Con esto último se pretendía aportar soporte a la lactancia materna por parte de la misma persona para ganarse la confianza de la madre. El apoyo se inició en la primera toma de contacto y se mantuvo hasta que las mujeres decidieron dejar de utilizarlo. Además, este apoyo proporcionó que las mujeres pertenecientes al grupo experimental recibieran información adecuada en cada contacto.

En esta segunda fase del estudio se realizó un seguimiento de ambos subgrupos, hasta los dos años de vida del lactante mientras se continuaba con algún tipo de lactancia materna. Se empezó contactar a los 3 meses de vida y, si se continuaba con lactancia materna, se intentaba contactar a los 6, 12, 18 y 24 meses, aunque en ocasiones por retraso en la localización de la madre se espaciaron los contactos.

El cuestionario está diseñado para completarse totalmente al final del periodo de estudio de cada caso, es decir cuando se obtiene la información de finalización del consumo de lactancia materna o al llegar a los dos años de vida del lactante.

4.1.3- Sujetos de estudio

La población a estudio pertenece a toda un área de salud de la ciudad de Valencia. El área de salud del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV). Este hospital atiende a una población superior a los 400.000 habitantes. El área del Hospital General presta servicios de asistencia ambulatoria, especializada y hospitalaria.

Desde el hospital se dirige toda la actividad asistencial, tanto primaria como especializada. El CHGUV no posee la acreditación "IHAN". En la actualidad está en la fase 1 (de las 4 fases requeridas para esa acreditación), pero se ha alcanzado esta fase después de la finalización del estudio de esta tesis.

Todas las gestantes que controlan su embarazo en esta área son citadas en consultas externas de ginecología de este hospital a partir de la semana 34 de gestación para realizarse una ecografía y monitorización fetal externa de control. Es en este momento donde se captó la muestra para su introducción en el estudio. Todas las mujeres que acudieron a la realización de estas pruebas en el periodo del inicio del estudio fueron susceptibles de participar en el estudio.

Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes que durante el periodo en que se realizó la investigación (excluido el periodo de estudio piloto) en su visita a consultas externas del CHGUV aceptaron participar voluntariamente en el estudio, firmaron el consentimiento informado (anexo7) y además contestaron el cuestionario en su totalidad (las dos partes).

- Todas las participantes en el estudio debían dominar sin dificultad cualquiera de las dos lenguas oficiales de la comunidad valenciana (castellano y/o valenciano).

Criterios de exclusión

- Gestantes que no aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio y/o no quisieron firmar el consentimiento informado.

- Gestantes que, aunque sus hijos o hijas nacieron en el CHGUV en el periodo de la investigación no acudieron a consultas externas de la policlínica de maternidad. Como es el caso de las gestantes que no controlaron su embarazo o las gestantes cuyos hijos o hijas nacieron antes de la semana 34 de gestación.

- Gestantes que no dominaban ninguna de las lenguas oficiales de la comunidad valenciana.

- Gestantes menores de edad y/o con deterioro cognitivo (para evitar conflictos en el consentimiento y por sus características especiales para la toma de decisiones).

- Gestantes que, aunque en un principio aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado, posteriormente expresaron su deseo de no continuar en el estudio y no querer completar totalmente el cuestionario.

- Gestantes que no facilitaron los medios necesarios para poder completar totalmente los cuestionarios y no pudieron ser localizadas para completar el cuestionario.

4.1.4- Tamaño muestral

Durante el periodo del estudio no se produce ninguna modificación que pueda provocar que las mujeres que dieron a luz tuvieran un comportamiento diferente en cualquiera de los años que duró el estudio, por lo que para el cálculo de la muestra necesaria se utilizó el promedio de los años de recogida de la muestra. La muestra se recogió en el periodo de va desde finales del año 2013 hasta finales del año 2014.

En el año 2012 nacieron en el CHGUV 1581 bebés, en el año 2013 nacieron 1501 y en el año 2014 nacieron 1509, por lo tanto:

Se considera población anual = 1500

Error máximo = 5%

Nivel de confianza = 95%

Varianza poblacional más desfavorable $p=q=50%$ (no se puede saber la real)

Tamaño muestral necesario = 300

Si a este tamaño muestral se le añade un 10% de muestra estimada para evitar la obtención de muestra inferior a la necesaria por abandonos, se necesitaría una muestra mínima de 330 individuos, pero dada la duración del estudio, por si el abandono era mayor de lo esperado, al final se recogieron en un principio 390 individuos, de los cuales hubo 79 abandonos.

Al final, se recogieron 311 encuestas cumplimentadas en su totalidad.

4.1.5- Variables

Del primer bloque del cuestionario se encuentra como variable dependiente el tipo de alimentación y duración elegida en los últimos meses de gestación. Como variables independientes aparecen la edad, estado civil, estudios, la existencia o ausencia del trabajo fuera de casa, hijos anteriores y, opiniones y experiencia en lactancia materna y/o artificial.

Del segundo bloque del cuestionario como variable dependiente está la duración real de la alimentación con lactancia materna. Como variables independientes se halla, por una parte, el efecto de la información y apoyo en la duración de la lactancia materna y, por otro lado, el tipo de parto, la existencia o ausencia de problemas de salud tras el parto en madre y/o descendencia, separación madre-bebé al nacimiento, tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la primera toma, incorporación o no incorporación materna al trabajo fuera del hogar, edad del hijo o hija al regreso al trabajo, procedencia de la información recibida sobre la alimentación del lactante y recepción o no de apoyo para la alimentación de la hija o hijo.

Por otra parte, todas las variables son individuales y, en general, la mayoría de las variables de este trabajo son cualitativas discontinuas politómicas cerradas, aunque se encuentran algunas dicotómicas, otras cuantitativas con escala nominal y algunas cuantitativas, abiertas, de respuesta libre para conseguir una serie de datos concretos.

Algunas preguntas de este cuestionario pueden considerarse de consistencia o control, es decir, que sirven para comprobar la coherencia de las respuestas de la persona encuestada o la veracidad de las respuestas de la persona entrevistado. Tendrían fines parecidos a las escalas de veracidad o sinceridad que se incluyen en algún test o prueba psicológica. Un ejemplo de este tipo de preguntas es consultar a la entrevistada por una parte el tipo de alimentación que quiere dar y por otra parte los meses que quiere dar lactancia materna. Se puede contestar de forma que concuerden las respuestas o no. Si no concuerdan existe la posibilidad de indagar el motivo.

4.2- Metodología

4.2.1- Fases de realización y recogida de datos

Se realizó el proyecto de investigación de este estudio y se presentó a la Comisión de Coordinación de Doctorado de la Universidad de Valencia en mayo del año 2012. En junio del mismo año fue aprobado por dicha comisión.

A continuación, se solicitó permiso a la comisión de investigación y a la comisión ética del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia para poder desarrollar este proyecto.

En agosto del 2012, después de presentar unas aclaraciones solicitadas por la comisión de investigación del hospital, el proyecto quedó aprobado. Se adjunta resolución en anexo 5.

En noviembre del año 2012, también después de presentar una serie de correcciones y aclaraciones diferentes a las solicitadas anteriormente, se recibió la comunicación que confirmaba que a finales de octubre el proyecto había sido aprobado también por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). Se adjunta resolución en anexo 6.

En los meses siguientes se procedió a la valoración y modificación de la encuesta por parte de un grupo de expertos. En cuanto se obtuvo el consenso de los expertos se realizó un estudio piloto, en un principio a 10 mujeres, se recogieron sus opiniones sobre la encuesta y se modificaron varios aspectos. Las preguntas y respuestas fueron evaluadas de nuevo por el comité de expertos y cuando se mostró acuerdo en las preguntas y respuestas modificadas de la encuesta, se realizó un segundo estudio piloto a 10 mujeres más. Se repitió el proceso anterior y se obtuvo una nueva encuesta modificada. Para revisar si era conveniente hacer más cambios se realizó un tercer estudio piloto esta vez con 20 mujeres diferentes a las anteriores. Como no se recogió la necesidad de más modificaciones se inició la recogida de las encuestas incluidas en este estudio. Desde finales del año 2013 hasta finales del año 2014 se captó la población

estudiada. A finales del año 2016 los hijos de las últimas gestantes incluidas en el estudio habrían cumplido los dos años, pero se necesitaron algunos meses más para poder cumplimentar la totalidad del cuestionario en la población necesaria para el estudio.

4.2.2- Medición de los resultados obtenidos del cuestionario

Los resultados obtenidos tras la cumplimentación de los cuestionarios se analizaron con el paquete estadístico de IBM denominado SPSS, versión 20.

Las pruebas estadísticas utilizadas han sido:

- Análisis de la varianza (ANOVA) para la relación de datos métricos con datos no métricos.
- La prueba Chi-Cuadrado para la relación de datos no métricos con otros datos no métricos
- El Coeficiente de correlación de Pearson para relación de datos métricos con otros métricos.

4.2.3- Validación

El cuestionario utilizado para este estudio no es una escala de evaluación para medir un concepto y no permite un escalamiento acumulativo de sus ítems ni puntuaciones globales al final de la evaluación. No tiene carácter acumulativo ya que es un cuestionario de recogida de datos, por lo tanto, no es una encuesta que mide factores o variables latentes susceptibles de ser analizadas mediante un análisis factorial exploratorio (EFA) o un análisis factorial confirmatorio (CFA).

Se elaboró el cuestionario provisional que aparece en el anexo 2 y mediante la validación se obtuvo el cuestionario definitivo que aparece en el anexo 1.

La validación del cuestionario se realizó mediante el método Delphi. Se aplicó el mayor rigor conceptual posible y se obtuvo la validez de contenido de este cuestionario. El método Delphi es uno de los métodos generales de prospectiva, que

busca el consenso de un grupo de expertos basándose en el análisis y la reflexión de un problema definido (Varela-Ruiz, Díaz-Bravo y García-Durán, 2012).

Mediante este método, con la aplicación del mayor rigor conceptual posible, se obtuvo la validez de contenido de este cuestionario. Validez es el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido. La validez de contenido se refiere al hecho de si el cuestionario elaborado, y por tanto los ítems elegidos, son indicadores de lo que se pretende medir. Se trata de someter el cuestionario a la valoración de investigadores y expertos, que deben juzgar la capacidad de éste para evaluar todas las dimensiones que deseamos medir. Para la validez de contenido no se precisan cálculos, sólo las valoraciones cualitativas que los investigadores expertos deben efectuar, al igual que para lograr la validez de apariencia, que es lo que define que la escala parece medir lo que se supone que quiere medir (Varela-Ruiz et. al, 2012).

El grupo de expertos se formó con siete enfermeras que cuentan, en relación con el tema de esta tesis, con una amplia experiencia y formación, participan en la docencia a las gestantes y a nuevos profesionales de enfermería que estudian en la Universidad de Valencia y forman parte o han formado parte de comités relacionados. Además, también se recogieron las opiniones de un experto informático doctor en Ciencias Económicas y Empresariales docente en la facultad de economía de la universidad de València. El grupo de expertos fue coordinado por la autora de este trabajo.

El procedimiento se llevó a cabo de manera asincrónica. La coordinadora del método Delphi, contactó con los participantes de forma individual y directa para analizar una a una las preguntas y respuestas del cuestionario y recogió sus opiniones de acuerdo o propuesta de modificación. Este contacto directo provocó que no se retirara del estudio ninguno de los investigadores. Cada vez que se recogía una posible modificación, la coordinadora del método Delphi, contactaba con los participantes de forma individual y directa para analizarla y recoger las opiniones de acuerdo o propuesta de modificación. Este contacto directo provocó que no se retirara del estudio ninguno de los investigadores.

El hecho de recoger las opiniones de forma independiente, sin discusiones presenciales de grupo, lo que se denomina “cuasi-anonimato” (los participantes conocen al investigador e incluso entre sí, pero sus juicios son anónimos), se realizó por ser considerado esencial para la rigurosa aplicación del método Delphi, al eliminar la contaminación o tendencia de “seguir al líder” (efecto de halo o influencia de las personalidades fuertes) y al evitar “la opinión de la mayoría” al no realizar las consultas de expertos en reunión conjunta. Además, ya se habían eliminado ciertos sesgos al no basarse en la opinión de un solo experto. Con estos consejos coinciden diversos autores como García Valdés y Suárez Marín en 2013, también Varela-Ruiz et al. en 2012 y Vélez Pareja en 2003.

Las respuestas de los miembros del grupo de expertos pueden ser escalas tipo “Likert”, de 3, 4 o 5 puntos, escalas de ponderación al asignar un lugar de forma ascendente o descendente, abiertas o dicotómicas o excluyentes. (García Valdés y Suárez Marín, 2013; Varela-Ruiz et. al, 2012). En este trabajo las respuestas fueron consideradas correctas o no correctas y en el caso de elegir la opción negativa, se añadió una respuesta abierta para incluir la sugerencia de modificación.

Las preguntas consideradas correctas por todo el grupo de expertos se dejaron como estaban, pero en las preguntas en que algún miembro del grupo de expertos indicó alguna modificación, se estudiaron y modificaron para posteriormente ser incluidas en una nueva ronda de evaluación por parte de los expertos. Se volvieron a consultar las modificaciones al grupo de expertos hasta que todos consideraban correctas cada una de las preguntas del cuestionario y todas sus posibles respuestas, realizando todos los cambios necesarios para lograr esto.

En el método Delphi una vez obtenidas todas las opiniones de los expertos se analizan. En muchas ocasiones se mide la concordancia de la evaluación de las variables en revisión aportada por cada uno de los expertos y se considera aceptable cuando supera el 80 %; los que no llegan este porcentaje deben ser modificados y sometidos a un nuevo proceso de validación o simplemente ser eliminados del instrumento. En este trabajo se alcanzó el consenso o grado de acuerdo del 100% en todas las preguntas mediante las modificaciones señaladas.

Otros autores aconsejan utilizar pruebas estadísticas, como la prueba de Lashe, que mide el grado de acuerdo entre los jueces. Esta prueba tiene una ratio de validez de contenido con valores entre -1 y +1. Cuando el valor es positivo indica que más de la mitad de los expertos se encuentran de acuerdo (Varela-Ruiz et. al, 2012). En este estudio, como se ha indicado anteriormente en acuerdo abarca la totalidad del equipo de expertos consultado.

4.2.4- Prueba piloto o pretest cognitivo

Una vez consensuadas las preguntas del cuestionario una primera vez por el grupo de expertos se proporcionó el cuestionario en un principio a 10 mujeres. A estas mujeres se les pidió una valoración del cuestionario y que propusieran posibles cambios. Se recogieron sus contestaciones, se valoraron por el grupo de expertos y se hicieron las modificaciones consensuadas. El cuestionario resultante se proporcionó a otras 10 mujeres y se repitió el proceso efectuado en las 10 primeras mujeres. Tras las modificaciones oportunas se volvió a proporcionar el cuestionario a 20 mujeres más. Esta vez el cuestionario no recibió más propuestas de modificación y fue el que se utilizó para esta investigación y que aparece en el anexo 1 de esta tesis. En total participaron 40 mujeres en tres fases del estudio piloto. Las características de estas mujeres son semejantes a las de las mujeres de la muestra estudiada (ver gráficos del 1 al 6).

Esta prueba piloto permitió comprobar la opinión de la muestra sobre:

- La comprensión y corrección de las preguntas y respuestas.
- El orden.
- La extensión.
- Si existía rechazo hacia algunas preguntas.
- Si la duración de la cumplimentación del cuestionario era considerada aceptable.

5- RESULTADOS

5.1- Características de la población estudiada

En el presente estudio en un principio aceptaron participar 430 gestantes, 40 de ellas intervinieron en el estudio piloto, 390 contestaron la primera parte del cuestionario, pero sólo se pudo completar totalmente el estudio en 311 mujeres, que son las que finalmente han formado la muestra de este trabajo.

Para llegar a completar las 311 encuestas en su totalidad, en ocasiones se tuvo que enviar varios correos, realizar varias llamadas telefónicas o ambas cosas. Se observó que gran parte de las mujeres a las que había que solicitar varias veces que completaran la segunda parte del cuestionario, coincidieron en que en la primera parte del estudio habían manifestado que deseaban alimentar a su descendiente con lactancia materna, pero en realidad habían logrado un inicio en lactancia materna, o nulo, o muy escaso. Por otra parte, en general, las mujeres con lactancia materna prolongada respondían a la primera petición. Los motivos por los que en 79 casos no se pudo completar la encuesta fueron, o bien porque los datos de contacto eran erróneos y no se pudo localizar a la madre, o bien porque la madre no quiso seguir en el estudio y lo manifestó de forma directa o no contestando a los correos y/o llamadas telefónicas efectuadas.

En primer lugar, se van a exponer los rasgos de la población estudiada (ver tabla 1).

Hay que tener en cuenta que, durante el espacio de tiempo necesario para completar la encuesta, la población de gestantes estudiadas se convierte en madres. Estas mujeres tienen una media de edad al inicio del estudio de 32,2 años y la mayor parte de ellas, más de un 90%, están conviviendo con una pareja estable.

El nivel de estudios está repartido de forma similar entre las gestantes que tienen los estudios obligatorios, bachiller o formación profesional y universitarios, siendo, entre estos tres grupos, algo mayor el nivel de bachiller o formación profesional y algo menor el de estudios universitarios. Por otra parte, hay un pequeño grupo de gestantes (no llega al 5 %) que no tiene ningún tipo de estudios certificados. La mayor parte de las gestantes, casi un 60 %, trabajan fuera de su casa y no tienen hijos anteriores.

Tabla 1. Características de la población estudiada en esta tesis. N= 311.

Edad en años		
	Edad más baja	18 años
	Edad más alta	42 años
	Media de la edad (desviación típica 5,76 años)	32,20 años
Estado civil		
	Soltera	8,40 %
	Pareja estable	90,40 %
	Viuda o divorciada	1,30 %
Estudios		
	Ninguno	4,20 %
	Obligatorios	32,50 %
	Bachiller y/o Formación Profesional	34,00 %
	Universitarios	29,30 %
Trabajan fuera de casa		
	Sí	59,80 %
	No	40,20 %
Tienen hijos anteriores		
	Sí	40,80 %
	No	59,20 %
Experiencia en lactancia materna		
	Nada	63,40 %
	Negativa	10,60 %
	Positiva	26,00 %

Con respecto a la lactancia materna se observa que la mayor parte de las gestantes que participaron en la totalidad de este estudio no tienen experiencia en lactancia materna, son más del 60%, cifra muy cercana a la de las gestantes que no tienen hijos anteriores. Además, un poco más del 10% de las gestantes estudiadas refieren una experiencia negativa con la lactancia materna y un 26% una experiencia positiva.

A continuación, se van a comparar las características de la muestra del estudio piloto y las características de la población que ha participado de este estudio.

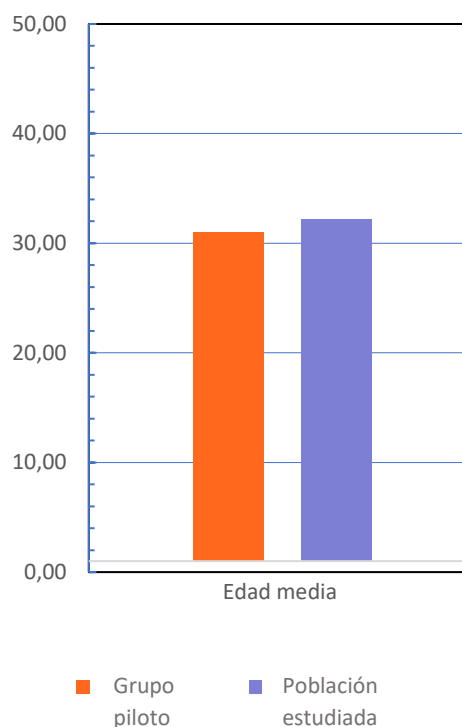
5.2- Comparación de las características de la muestra del estudio piloto y de la población que ha participado en este estudio

En primer lugar, se comparó la edad de las mujeres que participaron en el estudio piloto y la edad de la población estudiada para la realización de esta tesis. Ver tabla 2 y gráfico 1.

TABLA 2. EDAD GRUPO PILOTO N = 40 Y POBLACIÓN ESTUDIADA N = 311.

Comparación de la edad del grupo piloto y de la población estudiada		
Tipo de muestra	Grupo piloto	Población estudiada
Media	30,98 años	32,20 años
Mediana	31,50 años	33,00 años
Moda	33 años	37 años
Desviación típica	5,201 años	5,641 años
Mínimo	20 años	18 años
Máximo	40 años	42 años
t = 1,300		p > 0,05

GRÁFICO 1. EDAD MEDIA DEL GRUPO PILOTO Y DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.



La edad media de las participantes en el estudio piloto difiere en menos de dos años con la edad media de la población estudiada en esta tesis. Se analizó, en primer lugar, si esta diferencia era estadísticamente significativa o no. La prueba de Levene para igualdad de varianzas indica que se puede asumir que las varianzas son iguales, ya que la probabilidad asociada es $> 0,05$. En este caso además se observa que existe una significancia bilateral $> 0,05$, lo cual indica que no existen diferencias significativas entre la media de edad de ambos grupos.

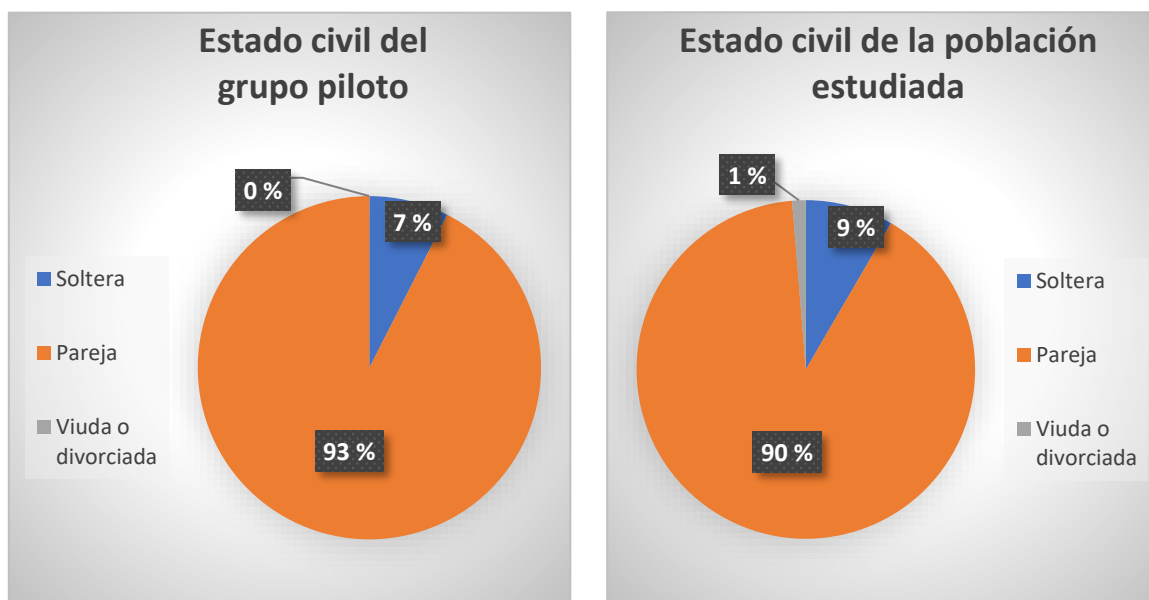
Con respecto al estado civil de las mujeres pertenecientes al grupo del estudio piloto y a las pertenecientes a la población que se analizó en esta tesis, se observa que una gran mayoría de mujeres tienen pareja estable en ambos colectivos (tabla 3 y gráfico 2), aunque también se detecta que en la población utilizada para la realización del trabajo de esta tesis hay mujeres viudas, divorciadas o separadas y en el estudio piloto no. Al realizar la prueba de Chi-cuadrado se aprecia que el valor $p > 0,05$, por lo tanto, se confirma que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

TABLA 3. COMPARACIÓN DEL ESTADO CIVIL EN GRUPO PILOTO N= 40 Y POBLACIÓN ESTUDIADA N= 311. [X2]

Comparación del estado civil del grupo piloto y la población estudiada		
Estado civil	Grupo piloto	Población estudiada
Solteras (sin pareja)	3 mujeres	26 mujeres
Pareja estable	37 mujeres	281 mujeres
Viuda, divorciada o separada	0 mujeres	4 mujeres

$\chi^2 (2) = 0,564$	$p > 0,05$
----------------------	------------

GRÁFICO 2. COMPARACIÓN DEL ESTADO CIVIL DEL GRUPO PILOTO Y LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

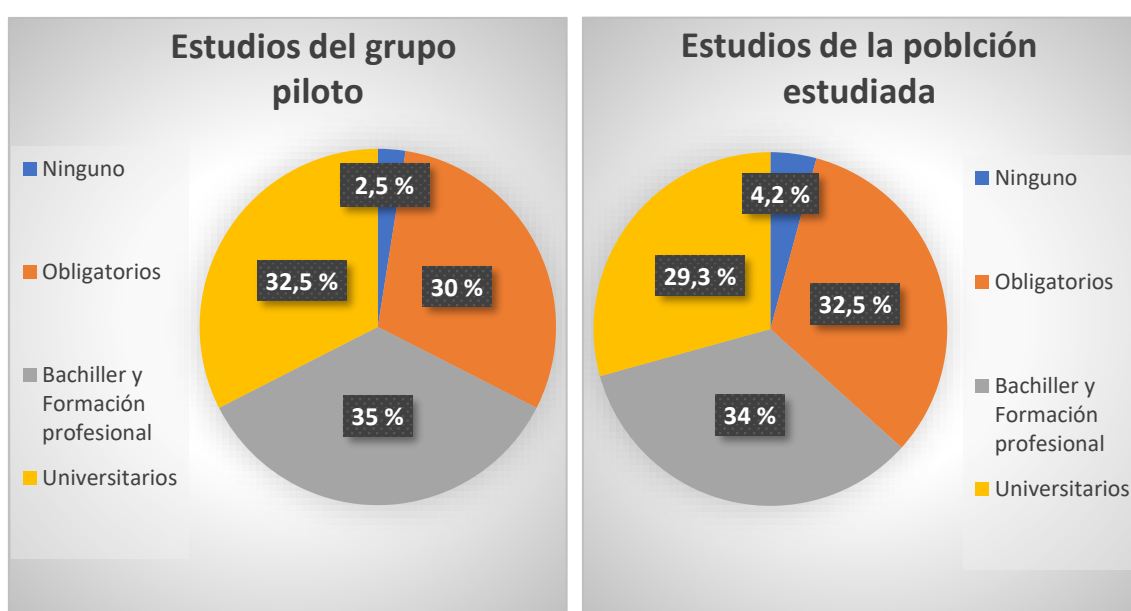


En cuanto a la comparación de los estudios que poseen las mujeres integrantes del grupo piloto y los estudios que poseen las mujeres de la población investigada, se aprecia que en ambos colectivos hay mujeres de los 4 niveles de estudios, aunque con diferentes porcentajes. Se realiza la prueba de Chi-cuadrado y se halla que estas diferencias no son estadísticamente significativas como se puede ver en la tabla 4 y gráfica 3.

TABLA 4. FORMACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIOS GRUPO PILOTO N= 40 Y POBLACIÓN ESTUDIADA N= 313. [X2]

Comparación de la formación académica grupo piloto y población estudiada		
Estudios	Grupo piloto	Población estudiada
Ninguno	1 mujer	3 mujeres
Obligatorios	12 mujeres	101 mujeres
Bachiller / formación profesional	13 mujeres	106 mujeres
Universitarios	14 mujeres	91 mujeres
$\chi^2 (3) = 0,735$		$p > 0,05$

GRÁFICO 3. COMPARACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DEL GRUPO PILOTO Y DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

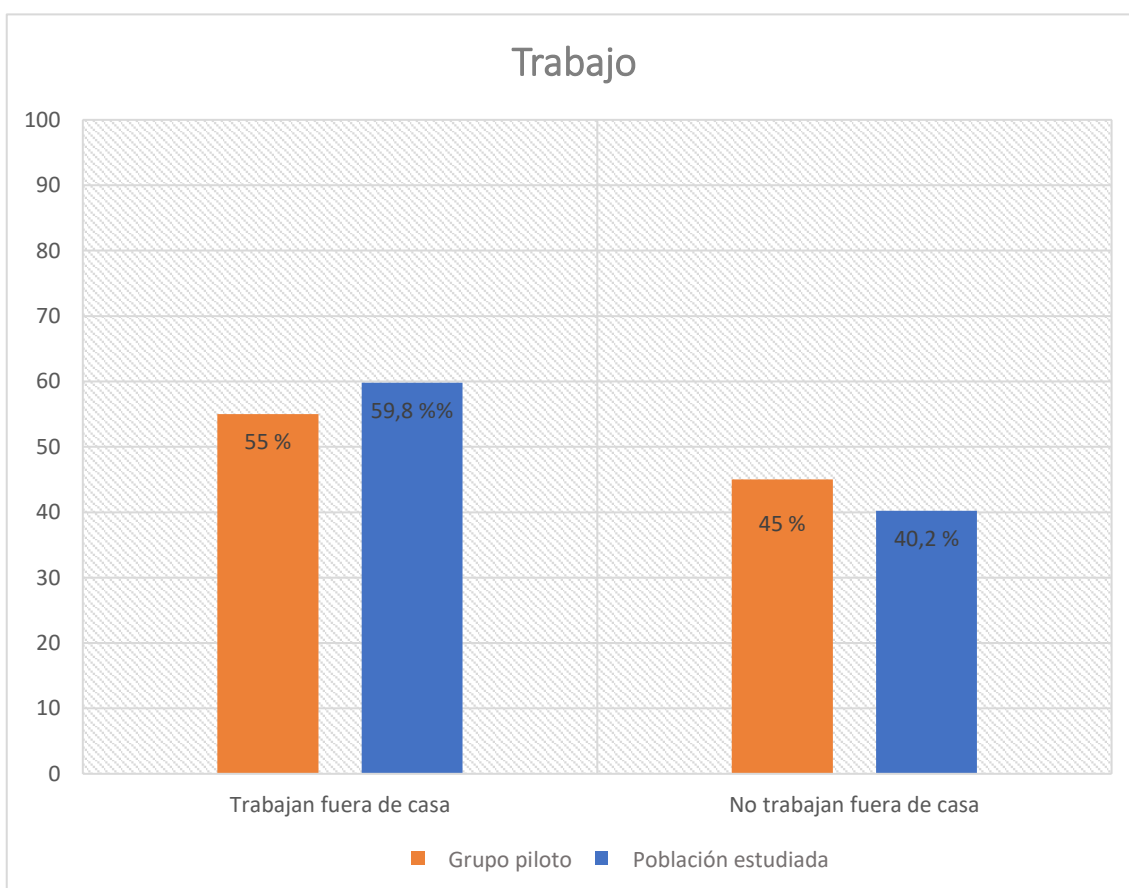


También se ha examinado si el trabajo fuera del hogar se da de una forma similar en las participantes del grupo piloto y en la población objeto de este estudio. Como reflejan la tabla 5 y gráfico 4, sí que se da de forma similar, ya que no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos colectivos.

TABLA 5. COMPARACIÓN DE MUJERES QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR EN EL GRUPO PILOTO N= 40 Y EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA N= 311. [X2]

Comparación del trabajo fuera del hogar en grupo piloto y población estudiada		
Trabajo fuera hogar	Grupo piloto	Población estudiada
Trabaja	22	186
No trabaja	18	125
$\chi^2 (1) = 0,339$		$p > 0,05$

GRÁFICO 4. COMPARACIÓN MUJERES QUE TRABAJAN FUERA DEL HOGAR EN EL GRUPO PILOTO Y LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

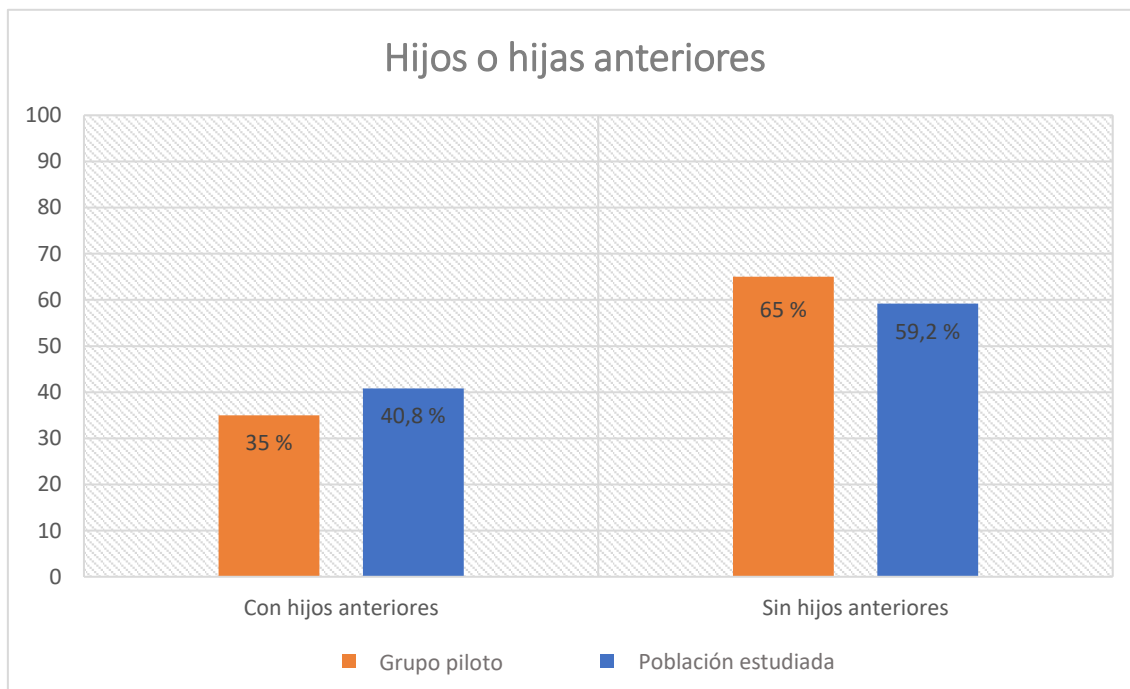


Con relación al porcentaje de mujeres que tenían hijos anteriores en el grupo piloto y en el grupo formado por la población estudiada en esta tesis, tras comprobarlo estadísticamente, queda plasmado que son similares (tabla 6 y gráfico 5).

TABLA 6. EXISTENCIA O AUSENCIA DE HIJOS E HIJAS ANTERIORES EN GRUPO PILOTO N= 40 Y EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA N= 311. [X2]

Hijos / hijas anteriores		
	Grupo piloto	Población estudiada
Sí hij@s anteriores	14	127
No hij@s anteriores	26	184
$\chi^2 (1) = 0,339$		$p > 0,05$

GRÁFICO 5. COMPARACIÓN EXISTENCIA O AUSENCIA DE DESCENDENCIA ANTERIOR EN GRUPO PILOTO Y POBLACIÓN ESTUDIADA.

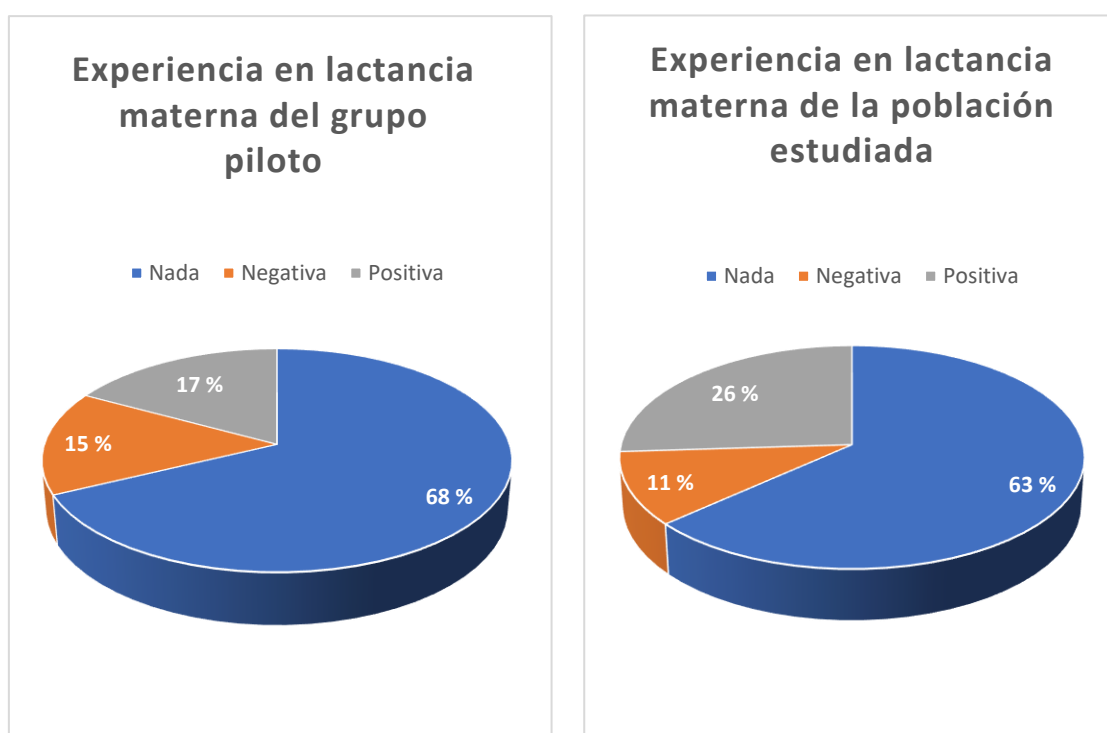


Como última comparación entre el grupo piloto y la población estudiada en esta tesis, se observó la similitud o diferencia de experiencia en lactancia materna entre estos grupos. Todas las opciones se dan en ambos grupos. También se aprecia similitud en que hay mayoría de mujeres sin experiencia, seguidas de las mujeres con experiencia positiva y, por último, con menor porcentaje, las que tuvieron experiencia negativa. Además, el análisis estadístico, como se puede ver en la tabla 7 y gráfico 6, refleja que no hay diferencia estadísticamente significativa.

TABLA 7. EXISTENCIA O AUSENCIA DE EXPERIENCIA EN LACTANCIA MATERNA EN GRUPO PILOTO N= 40 Y POBLACIÓN ESTUDIADA N= 311. [X2]

Experiencia en lactancia materna en grupo piloto y población estudiada		
Experiencia	Grupo piloto	Población estudiada
Nada	27	197
Negativa	6	33
Positiva	7	81
$\chi^2 (2) = 1,743$		$p > 0,05$

GRÁFICO 6. EXPERIENCIA EN LACTANCIA MATERNA EN GRUPO PILOTO Y GRUPO TESIS.



5.3- Población asignada a cada grupo del estudio y su comparación

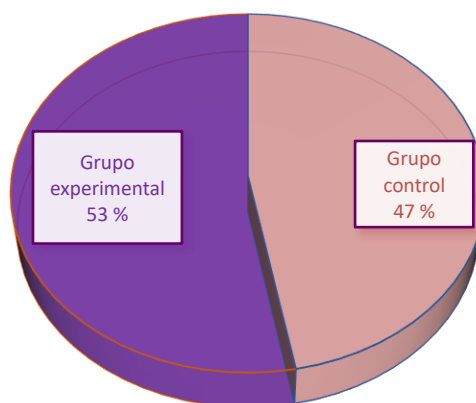
El objetivo general de esta tesis hace referencia a la observación de la población estudiada separada en dos grupos: el grupo control, que no ha recibido nada adicional y el grupo experimental, que ha recibido apoyo e información adicional sobre lactancia materna. Estos grupos han sido formados con la intención de poder examinar si este recurso provoca variaciones en el comportamiento alimenticio de los lactantes. A continuación, se van a analizar estos grupos.

En primer lugar, en la tabla 8 y gráfico 7, se puede ver la distribución de casos en los dos grupos.

TABLA 8. GRUPOS DE LA MUESTRA UTILIZADA PARA EL ESTUDIO. N=311.

Mujeres que participaron en el estudio		
Grupos	Casos	Porcentajes
Grupo control	148 mujeres	47,60 %
Grupo experimental	163 mujeres	52,40 %

GRÁFICO 7. MUJERES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.



Se ha conseguido completar el estudio sobre alimentación infantil y lactancia materna en 163 mujeres del grupo experimental, frente a 148 mujeres del grupo control.

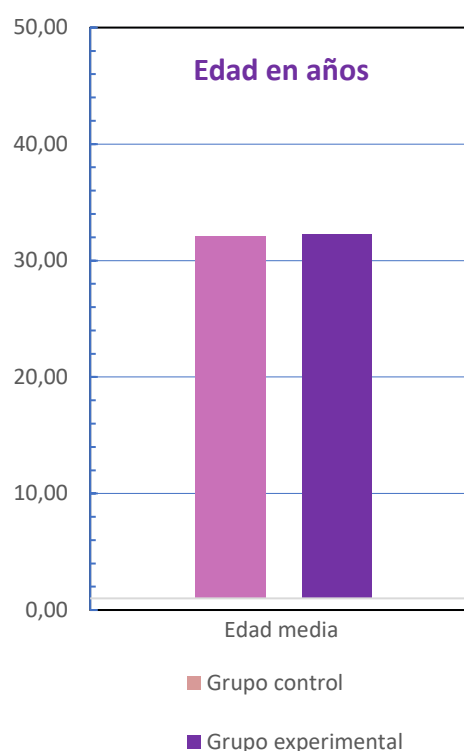
Para comprobar si los dos grupos de población formados para el estudio de esta tesis tienen unas características similares se compararon varios rasgos. Esta comparación se puede observar a continuación:

En primer lugar, se analizó la edad materna en ambos grupos, como queda reflejado en tabla 9 y gráfico 8.

TABLA 9. EDAD DE LA MUESTRA DE LOS GRUPOS DEL ESTUDIO. N= 311.

Comparación edad grupos del estudio		
Grupo de la muestra	Grupo control	Grupo experimental
Media	32,08 años	32,3 años
Mediana	33,5 años	33 años
Moda	34 años	37 años
Desviación típica	5,94 años	5,37 años
Mínimo	18 años	19 años
Máximo	42 años	42 años
t = 0,342		p > 0,05

GRÁFICO 8. EDAD MEDIA DE LOS GRUPOS DEL ESTUDIO.



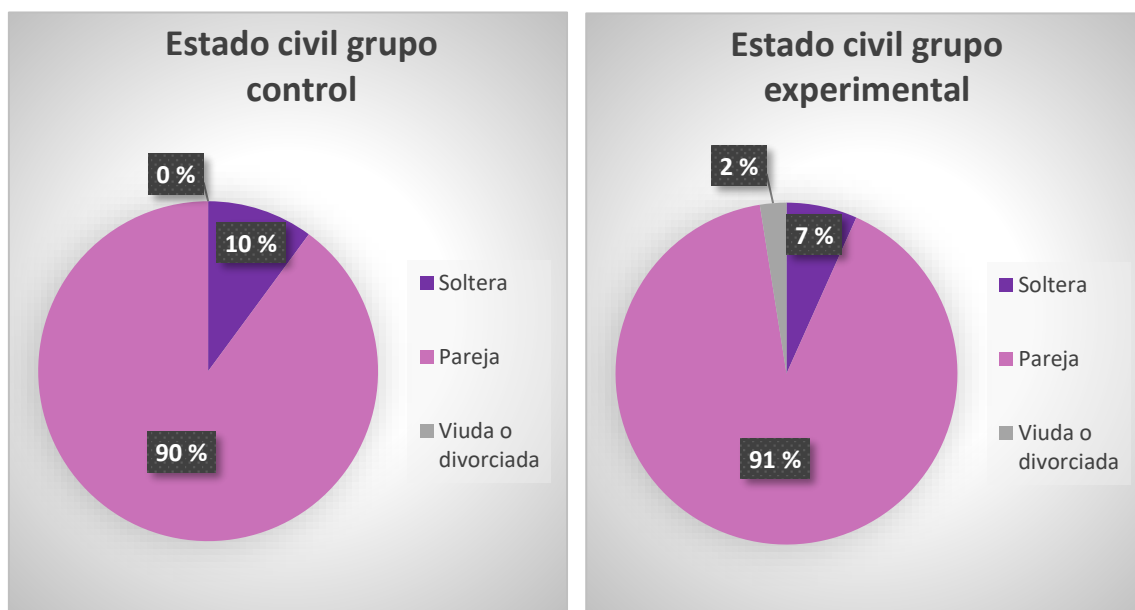
La edad media de los grupos de esta tesis (grupo control y experimental), difiere en meses. La prueba de Levene para igualdad de varianzas indica que se puede asumir que las varianzas son iguales, ya que la probabilidad asociada es $> 0,05$. En este caso también se observa que existe una significancia bilateral $> 0,05$, lo cual indica que no existen diferencias significativas entre la media de edad de ambos grupos.

Con respecto al estado civil de las mujeres pertenecientes a los dos grupos estudiados se pueden contemplar la tabla 10 y gráfico 9.

TABLA 10. ESTADO CIVIL DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS. N=311.

Comparación estado civil grupo control y grupo experimental		
	Grupo control	Grupo experimental
Solteras (sin pareja)	15 mujeres	11 mujeres
Pareja estable	133 mujeres	148 mujeres
Viuda, divorciada o separada	0 mujeres	4 mujeres
$\chi^2 (2) = 4,704$		$p > 0,05$

GRÁFICO 9. PORCENTAJES ESTADO CIVIL DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS. N= 311.



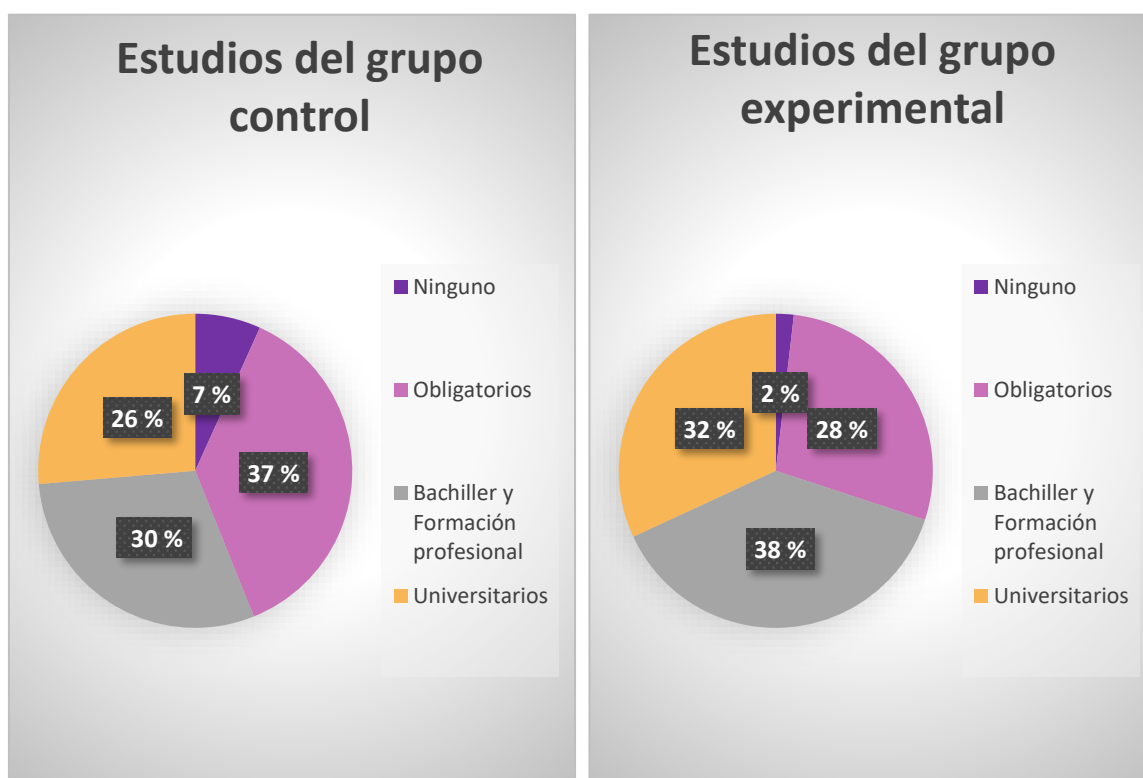
Una gran mayoría de mujeres tienen pareja estable en ambos grupos, aunque también se detecta que en la muestra del grupo experimental hay mujeres viudas, divorciadas o separadas y en la muestra del grupo control no. Al realizar la prueba de Chi-cuadrado se aprecia que $p = 0,095$, por lo tanto, con respecto al estado civil no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, ya que $p > 0,05$.

Con respecto a los estudios que poseen las mujeres integrantes de los grupos analizados en este trabajo, sí se observó, diferencia estadísticamente significativa, ya que $p = 0,032$. Los estudios de ambas muestras se pueden apreciar en la tabla 11 y gráfico 10.

TABLA 11. COMPARACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS GRUPOS DEL ESTUDIO. N= 311.

Comparación de la formación académica		
Estudios	Grupo control	Grupo experimental
Ninguno	10 mujeres	3 mujeres
Obligatorios	55 mujeres	46 mujeres
Bachiller/formación profesional	44 mujeres	62 mujeres
Universitarios	39 mujeres	52 mujeres
$\chi^2 (3) = 8,782$		$p < 0,05$

GRÁFICO 10. PORCENTAJE DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS GRUPOS DEL ESTUDIO.

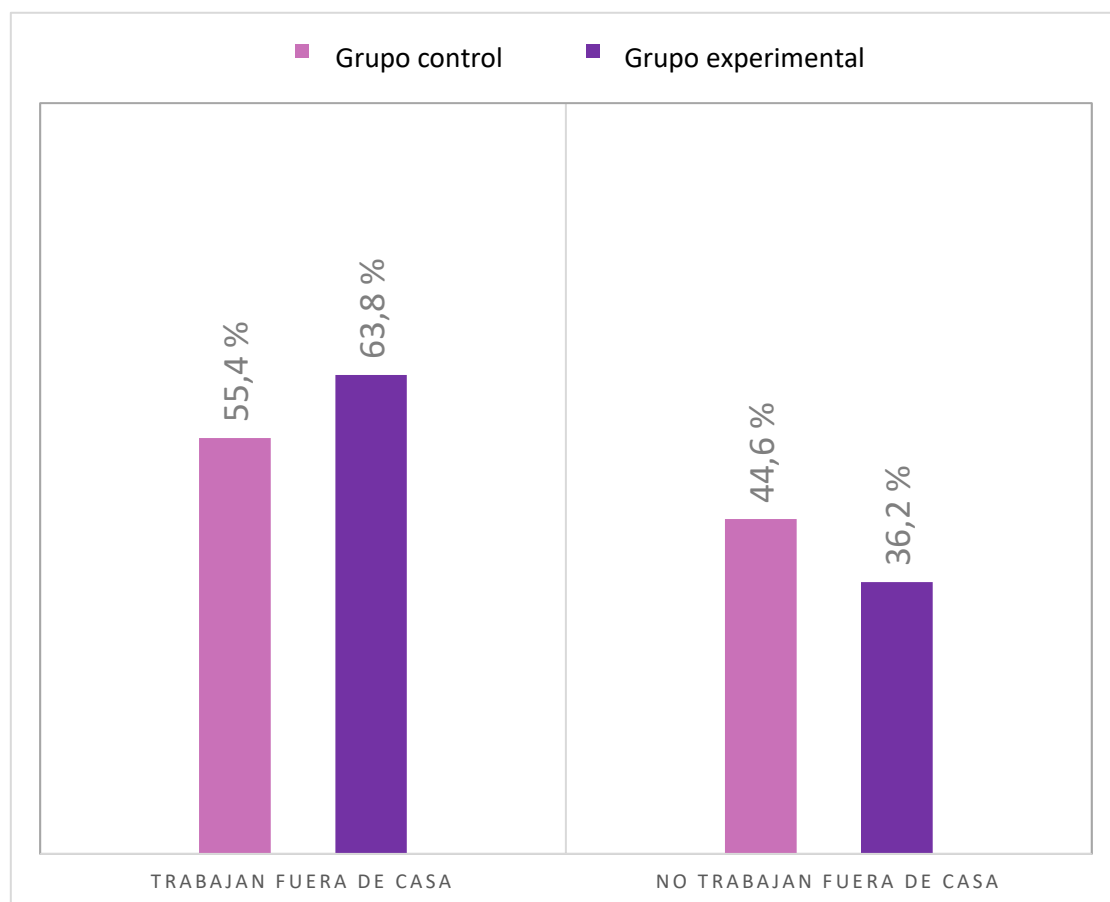


Además, se ha contemplado si las mujeres de los grupos estudiados en esta investigación trabajan fuera del hogar en un porcentaje similar y se ha visto que no hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación con el trabajo fuera del hogar. Ver tabla 12 y gráfico 11.

TABLA 12. TRABAJO FUERA DEL HOGAR EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS. N= 311.

Comparación trabajo fuera del hogar en los grupos estudiados		
Actividad	Grupo control	Grupo experimental
Trabaja	82	104
No trabaja	66	59
$\chi^2 (1) = 2,276$		$p > 0,05$

GRÁFICO 11. TRABAJO FUERA DEL HOGAR EN LOS GRUPOS DE LA TESIS. N= 311.

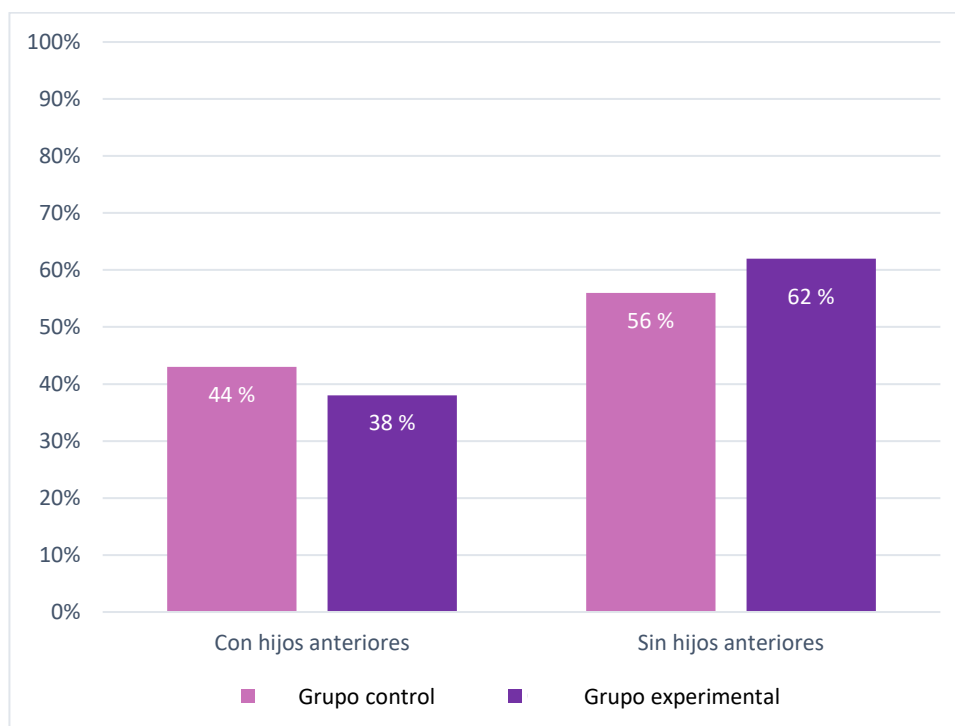


Con respecto a si la población del grupo control y del grupo experimental son similares en relación con el porcentaje de mujeres que tenían hijos anteriores, se ha comprobado que no existe diferencia estadísticamente significativa. También se ha visto que ambas muestras presentan un mayor número de mujeres sin hijas o hijos anteriores. Todo esto se refleja en la tabla 13 y gráfico 12.

TABLA 13. DESCENDENCIA ANTERIOR EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS.

Hijos/ hijas anteriores en los grupos de estudio de la tesis		
	Grupo control	Grupo experimental
Sí hij@s anteriores	65	62
No hij@s anteriores	83	101
$\chi^2 (1) = 0,339$		$p > 0,05$

GRÁFICO 12. DESCENDENCIA ANTERIOR EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS. N= 311.

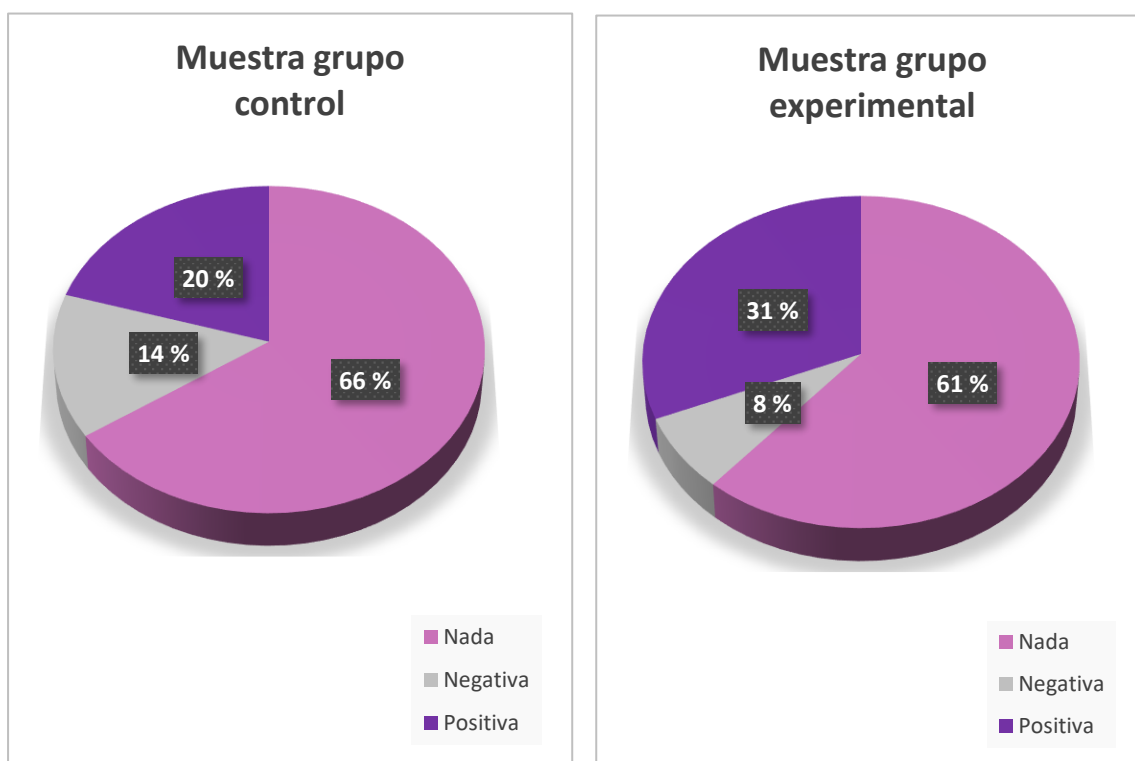


Al observar la similitud o diferencia de experiencia en lactancia materna entre los grupos del estudio se constata que todas las opciones se dan en ambos grupos (ver tabla 14 y gráfico 13). También se aprecia similitud en que hay mayoría de mujeres sin experiencia, seguidas de las mujeres con experiencia positiva y, por último, una minoría con experiencia negativa, pero en la distribución de mujeres que han tenido las diferentes experiencias se aprecia una diferencia estadísticamente significativa, ya que $p = 0,027$.

TABLA 14. EXPERIENCIA ANTERIOR EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO DE LA TESIS. N= 311.

Experiencia en lactancia materna en los grupos de estudio de la tesis		
	Grupo control	Grupo experimental
Nada	97	100
Negativa	21	12
Positiva	30	51
$\chi^2 (2) = 7,238$		$p < 0,05$

GRÁFICO 13. EXPERIENCIA ANTERIOR EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS.



5.4- Datos obtenidos en el estudio

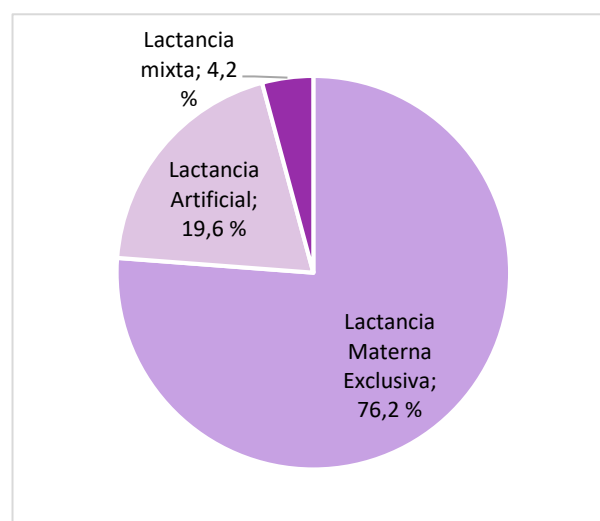
Con respecto a los resultados que responden al objetivo que recoge el propósito analizar el inicio y duración de la lactancia materna de las mujeres atendidas en el CHGUV, se ha detectado que la mayor parte dio lactancia materna (ver tabla 15).

TABLA 15. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL CHGUV. N=311.

Alimentación del lactante				
Inicio real de las diferentes opciones de alimentación	Materna exclusiva	237 mujeres	76,20 %	
	Artificial	61 mujeres	19,60 %	
	Mixta	13 mujeres	4,20 %	
Duración de la lactancia materna exclusiva	Duración media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica
	3,03 meses	0 meses	7 meses	2,11 meses
Duración de la lactancia materna complementada	Duración media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica
	6,09 meses	0 meses	24 meses	4,93 meses

En este estudio se ha encontrado una incidencia de lactancia materna exclusiva de más del 76 %, dato que unido a la incidencia de lactancia mixta refleja que un poco más del 80 % de las mujeres que participaron en este estudio iniciaron la alimentación con lactancia materna, frente a una incidencia de lactancia artificial exclusiva algo inferior al 20 %. Esto se puede observar en la tabla 15 y gráfico 14.

GRÁFICO 14. INCIDENCIA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE.



Con respecto a la prevalencia de la lactancia materna exclusiva se ha obtenido una duración media de poco más tres meses, con una desviación típica de alrededor de dos meses, por lo tanto, la mayor parte de las mujeres que han participado en este estudio han dado lactancia materna exclusiva entre un mes y cinco meses (ver tabla 15).

En cuanto a la duración de la lactancia materna junto a otros alimentos se ha hallado una duración media de algo más de seis meses, con una desviación típica de casi cinco meses, por consiguiente, la mayoría de las mujeres que participaron en este estudio dieron lactancia materna junto a otros alimentos entre un mes y once meses, aunque existe una parte de mujeres (61 casos, ± 20 %) que no ha dado ningún mes y otras mujeres (3 casos, ± 1 %) que han llegado a dar 24 meses (tabla 15).

Con respecto al porcentaje de mujeres que continuó la alimentación de su descendencia con lactancia materna durante 4 y 6 semanas, como se puede observar en la tabla 16 fue, del 75,2 % y 72,3 % respectivamente si se habla de lactancia materna exclusiva y del 79,7 % y 78,5 % si se trata de cualquier modo de lactancia materna.

Por otra parte, con el paso de los meses se detecta un descenso importante en cuanto a la proporción de mujeres que continuaron con lactancia materna, exclusiva o de cualquier tipo (ver tabla 17 y gráficos 17 y 18).

TABLA 16. PORCENTAJE DE MUJERES CON LACTANCIA MATERNA A LAS 4 Y 6 SEMANAS DE VIDA. N= 311.

4 semanas		
Lactancia materna exclusiva	Sí	75,20 %
	No	24,80 %
Lactancia materna exclusiva + complementada	Sí	79,70 %
	No	20,30 %
6 semanas		
Lactancia materna exclusiva	Sí	72,30 %
	No	27,70 %
Lactancia materna exclusiva + complementada	Sí	78,50 %
	No	21,50 %

GRÁFICO 15. PORCENTAJE DE LACTANCIA MATERNA A LAS 4 SEMANAS DE VIDA DEL LACTANTE.

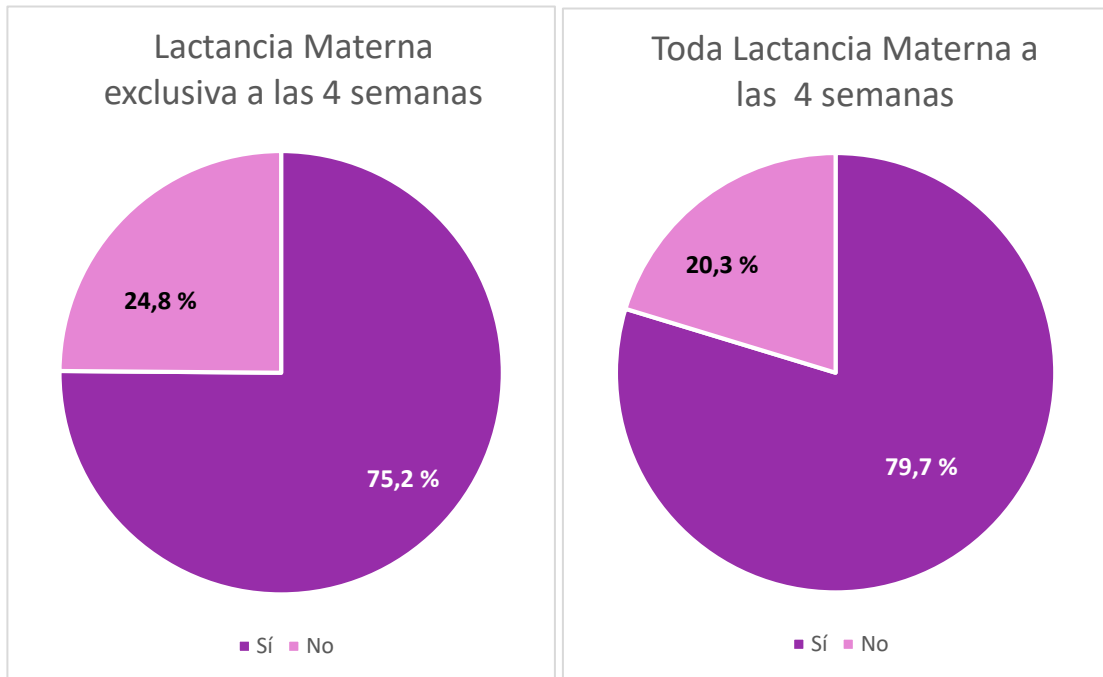


GRÁFICO 16. PORCENTAJE DE LACTANCIA MATERNA A LAS 6 SEMANAS DE VIDA DEL LACTANTE.

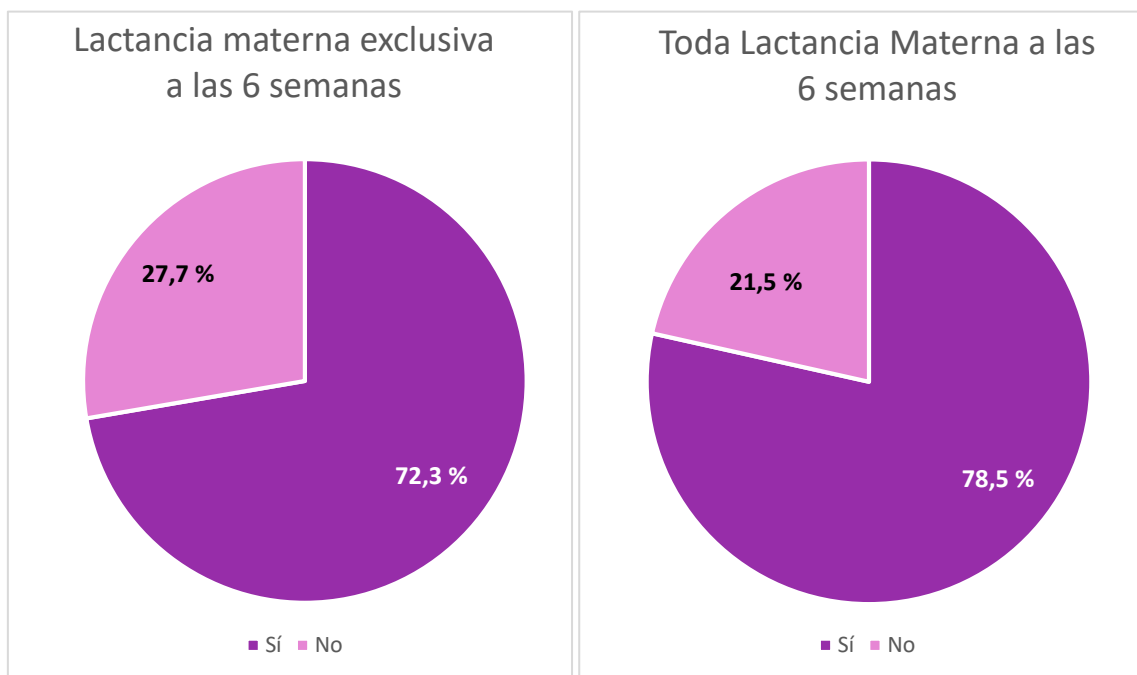


TABLA 17. PORCENTAJE DE MUJERES CON LACTANCIA MATERNA A LOS 3 Y 6 MESES.

3 meses		
Lactancia materna exclusiva	Sí	64,60 %
	No	35,40 %
Lactancia materna exclusiva + complementada	Sí	74,30 %
	No	25,70 %
6 meses		
Lactancia materna exclusiva	Sí	13,50 %
	No	86,50 %
Lactancia materna exclusiva + complementada	Sí	55,60 %
	No	44,40 %

GRÁFICO 17. PORCENTAJE DE LACTANCIA MATERNA A LOS 3 MESES DE VIDA DEL LACTANTE.

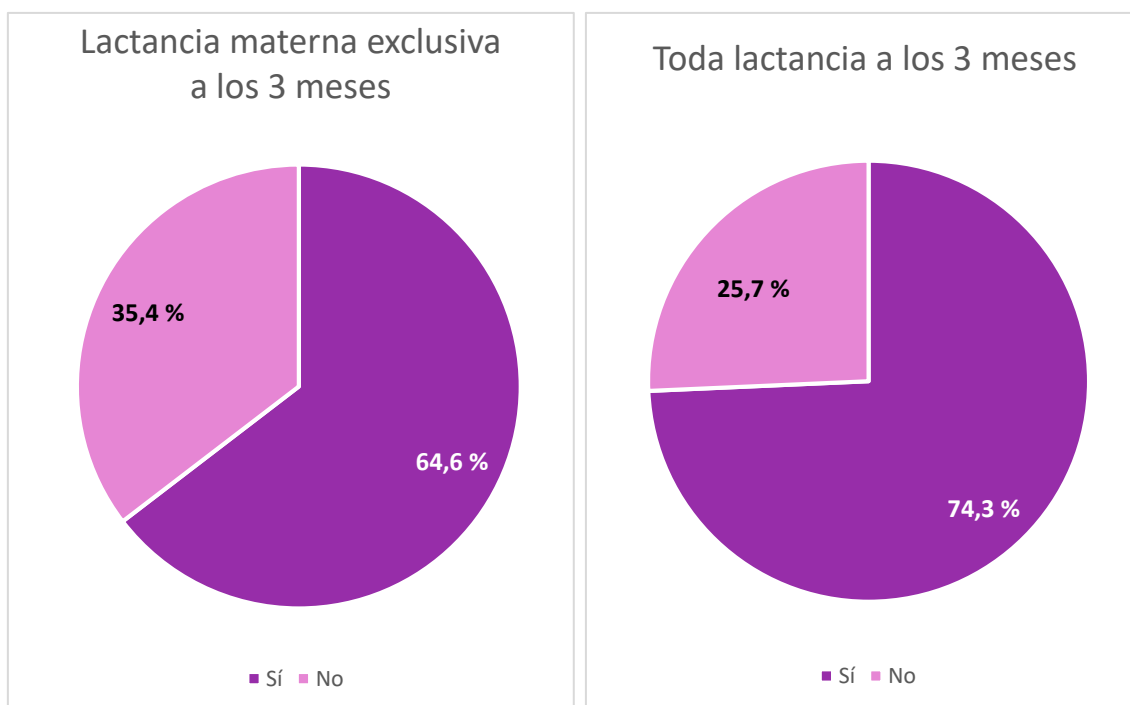
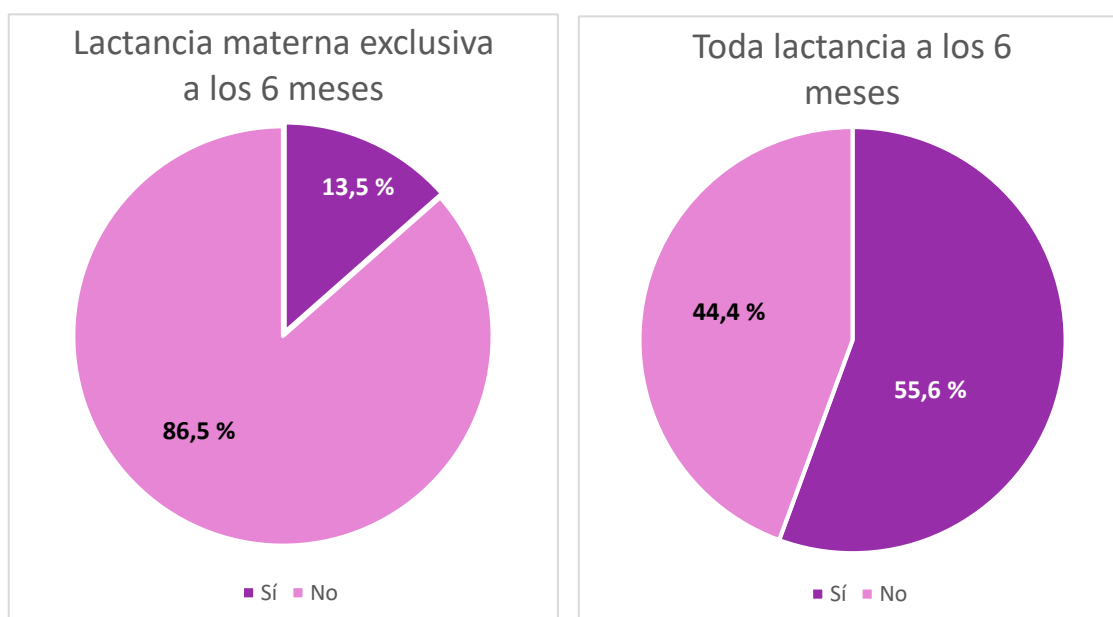


GRÁFICO 18. PORCENTAJE DE LACTANCIA MATERNA A LAS 6 MESES DE VIDA DEL LACTANTE.



Con el crecimiento del lactante el porcentaje de alimentación natural desciende. La lactancia materna exclusiva pasa del 72,3 % a las seis semanas de vida del lactante, al 64,4 % a los tres meses. La lactancia exclusiva + complementada pasa, del 78,5 % a las seis semanas, al 74,3% a los tres meses. Pero donde realmente se puede detectar un gran descenso es a los 6 meses, donde la lactancia materna exclusiva es del 13,5% y la suma de todos los tipos de lactancia del 55,6 % (tabla 17 y gráficos 17 y 18).

Por otra parte, también se estudió la duración de la lactancia materna en los años posteriores (tabla 18). Se observó que un año después del parto sigue con lactancia natural no exclusiva el 15,4% de la población estudiada y, a los dos años, el 1 %.

TABLA 18. PORCENTAJE DE LACTANCIA MATERNA A LARGO PLAZO. N=311.

Lactancia materna al año y dos años		
12 meses	Sí	15,40 %
	No	84,60 %
24 meses	Sí	01,00 %
	No	99,00 %

Como no se puede perder de vista que el objetivo general de este trabajo es indagar si un incremento de la información adecuada y refuerzo de apoyo sanitario proporciona un aumento en la incidencia y prevalencia de la lactancia materna, se ha analizado el inicio y duración de la lactancia materna en los grupos del estudio.

Se ha observado por un lado el grupo control y por otro el grupo experimental.

Como se muestra en la tabla 19, se ha visto que el grupo de mujeres que recibieron información y apoyo adicional, dieron lactancia materna exclusiva más tiempo que las que recibieron la información habitual. Las primeras alimentaron con lactancia materna exclusiva algo más de cuatro meses, frente a algo menos de dos meses que amamantaron las mujeres del grupo control.

El mismo fenómeno ocurrió con la lactancia materna de cualquier tipo (exclusiva + complementada con otros alimentos). Se aprecia que las mujeres del grupo experimental proporcionaron este tipo de lactancia algo más de ocho meses y medio, mientras que las mujeres del grupo control no llegaron a los tres meses y medio.

También se ha examinado el inicio de lactancia en los diferentes grupos de estudio (ver gráficos 19 y 20).

Por una parte, se ha tenido en cuenta el inicio de la lactancia materna exclusiva. En este caso se ha visto que el 89,6 % de las mujeres del grupo experimental iniciaron la lactancia materna exclusiva, frente al 61,5 % de las mujeres del grupo control.

Por otra parte, se observó el inicio de cualquier tipo de lactancia, complementada o exclusiva. En este caso, el 90,8 % de las mujeres que recibieron información y apoyo adicional iniciaron alguna forma de alimentación con lactancia materna, frente al 68,9 % de las mujeres del grupo control, que no recibieron nada adicional.

TABLA 19. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN LOS GRUPOS. N= 311. [ANOVA]

Grupos	Duración lactancia materna exclusiva	F
Grupo experimental	4,01 meses	96,90**
Grupo control	1,95 meses	

Grupos	Duración toda lactancia materna	F
Grupo experimental	8,51 meses	113,13**
Grupo control	3,40 meses	

** p < 0,01

* p < 0,05

Inicio de lactancia materna en los diferentes grupos de estudio

Inicio LM exclusiva	Sí		No	
Grupo experimental	146	89,60 %	17	10,40 %
Grupo control	91	61,50 %	57	38,50 %

 $\chi^2 (1) = 33,74$
 p < 0,01

Inicio cualquier tipo LM	Sí		No	
Grupo experimental	148	90,80 %	15	9,20 %
Grupo control	102	68,90 %	46	31,10 %

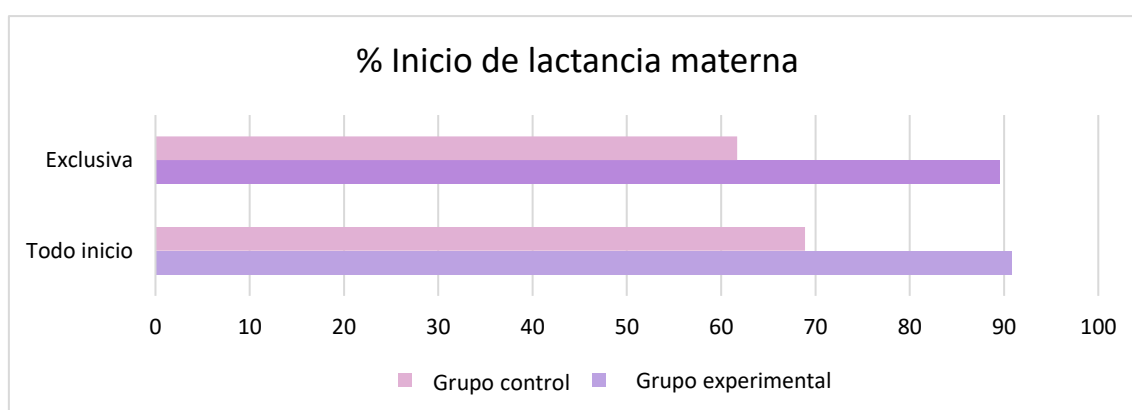
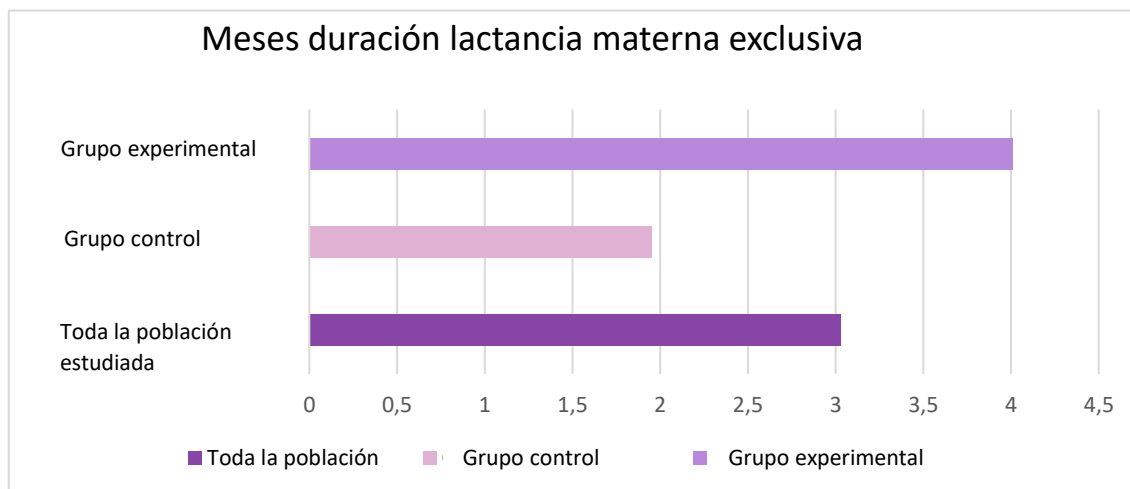
 $\chi^2 (1) = 23,549$
 p < 0,01
GRÁFICO 19. INICIO DE LACTANCIA MATERNA EN LOS GRUPOS DEL ESTUDIO.

GRÁFICO 20. COMPARACIÓN DEL INICIO DE LACTANCIA MATERNA DE LOS GRUPOS Y TODA LA POBLACIÓN.

Por otro lado, si se observan los resultados que se corresponden con el objetivo de identificar las intenciones maternas de inicio y mantenimiento de la lactancia natural, destaca que el propósito que tenían las gestantes incluidas en este estudio es de forma notable con la opción de lactancia materna exclusiva, más del 77 %.

Si también se contempla la alimentación mixta con lactancia materna, se llega a más del 85 % de intención de alimentación con alguna forma de lactancia materna al nacimiento (tabla 20). Estas intenciones difieren en menos del 1% de la forma real con la que se les alimentó (tabla 15) si se tiene en cuenta la opción de lactancia materna exclusiva.

En el caso de la lactancia artificial y mixta la diferencia entre las intenciones y los hechos reales difieren en $\pm 5\%$ de mujeres que querían lactancia mixta y en realidad dieron lactancia artificial.

Con relación a la intención materna de duración de la lactancia materna exclusiva se encuentra que casi la mitad de las mujeres desean esta lactancia entre 5 y 6 meses, seguidas de las mujeres que desean más de 6 meses (tabla 20).

TABLA 20. INTENCIONES DE LA GESTANTE CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN DE SU FUTURO DESCENDIENTE. N= 311.

Intenciones maternas con respecto a la lactancia			
Inicio	Materna exclusiva	240 mujeres	77,10 %
	Artificial	45 mujeres	14,50 %
	Mixta	26 mujeres	8,40 %
Duración lactancia materna exclusiva	Nada	45 mujeres	14,50 %
	De 1 a 2 meses	13 mujeres	04,20 %
	De 3 a 4 meses	51 mujeres	16,40 %
	De 5 a 6 meses	143 mujeres	45,70 %
	Más de 6 meses	60 mujeres	19,30 %
Duración de la lactancia materna complementada	Nada	47 mujeres	15,10 %
	Menos de 1 mes	1 mujer	0,30 %
	De 1 a 6 meses	34 mujeres	10,90 %
	De 7 a 12 meses	137 mujeres	44,10 %
	De 13 a 18 meses	45 mujeres	14,50 %
	De 19 a 24 meses	17 mujeres	5,50 %
	Más de 24 meses	28 mujeres	9,00 %
	No definido	2 mujeres	0,60 %

En cuanto a la pretensión materna de duración de la lactancia materna complementada, la mayor parte de mujeres, más del 44 % referían a finales de su gestación que querían una duración de 7 a 12 meses y casi un 30 % una duración mayor (tabla 20).

De igual modo, como queda reflejado en la tabla 21, se relacionaron las intenciones que tenían las gestantes sobre la alimentación de su futuro hijo o hija con la existencia o ausencia de hijas o hijos anteriores, dado que, en el caso de tener hijos anteriores, se tenía experiencia en algún tipo de alimentación infantil. Se aprecia un ligero aumento en la elección de la lactancia materna en las gestantes sin descendencia previa, pero este aumento no es estadísticamente significativo.

TABLA 21. INTENCIONES MATERNAS PARA LA ALIMENTACIÓN DE SU HIJO O HIJA CON SEPARACIÓN DE LAS GESTANTES QUE TIENEN DESCENDENCIA ANTERIOR DE LAS QUE NO TIENEN. N= 311. [x2]

Intenciones maternas con respecto a la lactancia según existencia o no de hijos e hijas anteriores.		
Lactancia	Sí hijos y/o hijas	No hijos y/o hijas
Materna	71,70 %	81,00 %
Artificial	18,90 %	11,40 %
Mixta	9,40 %	7,60 %
		$\chi^2 (2) = 4.06$ $p > 0,05$

Sin perder de vista los objetivos de este trabajo, se llega a los resultados que se han obtenido al comparar las intenciones maternas de inicio y mantenimiento de la lactancia materna con los meses reales que se ha suministrado.

Si se observa el tipo de alimentación que las gestantes eligieron al inicio del estudio, se advierte que realmente las mujeres que tenían intención de dar lactancia materna la dieron más tiempo que el resto, especialmente cuando la lactancia elegida era lactancia materna exclusiva como primer alimento del lactante. Los casos que durante la gestación querían dar lactancia materna exclusiva han dado este tipo de lactancia unos 3,66 meses, frente a las gestantes que querían lactancia mixta, que dieron 1,2 meses y las que querían lactancia artificial, que dieron 0,64 meses. Además, los casos que durante la gestación querían dar lactancia materna exclusiva como primer alimento han proporcionado lactancia materna en alguna de sus formas o en ambas (exclusiva y/o complementada) hasta los 7,25 meses de vida del lactante, frente a las que querían proporcionar lactancia mixta, que han dado lactancia materna de algún tipo hasta los 3,90 meses y las que querían dar lactancia artificial como primer alimento, que en realidad han dado alguna forma de lactancia natural hasta los 1,07 meses (tabla 22).

TABLA 22. COMPARACIÓN DE LA OPCIÓN DE ALIMENTACIÓN ELEGIDA CON LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. N=311. [ANOVA]

Lactancia elegida	Duración lactancia materna exclusiva	F
Materna	3,66 meses	70,37**
Artificial	0,64 meses	
Mixta	1,28 meses	
Lactancia elegida	Duración lactancia materna complementada	F
Materna	7,25 meses	40,93**
Artificial	1,07 meses	
Mixta	3,90 meses	
		** p < 0,01 * p < 0,05

Por otra parte, se ha comprobado que existe una correlación fuerte entre los meses de lactancia materna deseada y la lactancia materna que se ha dado en realidad, tanto en la lactancia materna exclusiva, como todo tipo de lactancia. Esta correlación de puede comprobar en la tabla 23.

TABLA 23. CORRELACIÓN ENTRE LOS MESES DE LACTANCIA DESEADA Y LACTANCIA REAL. N= 311.

Variables	Correlación de Pearson
Lactancia materna exclusiva	0,540**
Lactancia materna exclusiva + complementada	0,562**
** p < 0,01 * p < 0,05	

Con respecto a la relación entre las intenciones maternas de inicio y mantenimiento de la lactancia materna con los meses reales que las madres la han proporcionado, como se ha aplicado una intervención sanitaria que puede modificar la extensión de la lactancia real, se ha analizado, de forma separada en cada grupo de mujeres (por un lado las que no se les proporcionó nada adicional y por otro a las que sí se les proporcionó refuerzos), la intención que tenían de dar alimentación natural o no

y los meses que deseaban hacerlo, tanto de forma complementada con otros alimentos, como de forma exclusiva y si habían conseguido realizar lo que tenían pensado antes de tener al bebé (tabla 24).

Destaca que en ambos grupos alguna madre que no quería dar lactancia materna lo ha hecho, tanto de forma exclusiva como complementada, con mayor duración en el grupo que recibió el apoyo e información adicional. Además, se observa más aproximación entre deseo de modo de alimentación antes del parto y realidad, en el grupo de madres que recibieron el refuerzo adicional.

Como se refleja en la tabla 24, intenciones y hechos en el caso de lactancia materna exclusiva en mujeres que han recibido información y soporte relacionado con la lactancia materna, coinciden, excepto en la opción más alta, que es la de más de seis meses.

En el caso de la lactancia complementada con otros alimentos también se producido mayor semejanza entre lo deseado y lo conseguido en las mujeres que han recibido información y soporte.

La opción de uno a seis meses se cumple en ambos grupos, aunque en el caso de las madres que no recibieron nada adicional la cifra es de 2,91, mientras que las que recibieron refuerzo y apoyo dieron una media de dos meses más, 4,92 meses. La siguiente opción, la de 7 a 12 meses, se cumple, pero por muy poco, 7,82 meses en el grupo de refuerzo adicional, frente a los 4,18 meses del grupo que no recibió nada adicional. El resto de las opciones no se cumplen en ninguno de los dos grupos, aunque es más elevado y por lo tanto difiere algo menos en el grupo que recibió información y apoyo adicional. También se puede observar, en el grupo que no recibió nada adicional, que en las dos opciones que abarcan más tiempo se da el caso de que en la realidad se logró menos tiempo de duración de lactancia materna que en el resto de las opciones que abarcaban menos tiempo (tabla 24).

TABLA 24. COMPARACIÓN DEL DESEO DE LA GESTANTE Y LA DURACIÓN REAL DE ALIMENTACIÓN NATURAL EN AMBOS GRUPOS DEL ESTUDIO. N= 311. [ANOVA]

Grupos	Comparación lactancia materna exclusiva		F
	Deseo materno	Duración real	
Grupo control	Nada	0,37 meses	11,83**
	De 1 a 2 meses	0,83 meses	
	De 3 a 4 meses	2,26 meses	
	De 5 a 6 meses	2,18 meses	
	Más de 6 meses	3.07 meses	
	Deseo materno	Duración real	F
Grupo experimental	Nada	0,87 meses	24,99**
	De 1 a 2 meses	2,93 meses	
	De 3 a 4 meses	3,24 meses	
	De 5 a 6 meses	4,52 meses	
	Más de 6 meses	4.81 meses	
Grupos	Relación lactancia materna complementada		F
Deseo materno	Duración real		
Grupo control	Nada	0,78 meses	9,80**
	De 1 a 6 meses	02,91 meses	
	De 7 a 12 meses	04,18 meses	
	De 13 a 18 meses	05,57 meses	
	De 19 a 24 meses	04,75 meses	
	Más de 24 meses	03,75 meses	
	Deseo materno	Duración real	F
Grupo experimental	Nada	2,87 meses	11,97**
	Menos de 1 mes	7,00 meses	
	De 1 a 6 meses	4,92 meses	
	De 7 a 12 meses	7,82 meses	
	De 13 a 18 meses	9,82 meses	
	De 19 a 24 meses	11,23 meses	
	Más de 24 meses	12,58 meses	
	No definido	9,50 meses	
		** p < 0,01	* p < 0,05

Hay que señalar que la información que se recogió sobre las intenciones de dar lactancia materna que tenían las madres en la gestación, refleja que las opciones de “menos de un mes” y “no definido” fueron escogidas únicamente por mujeres del grupo

de gestantes que luego recibirían información y apoyo adicional a la lactancia materna. Concretamente, la opción “menos de un mes” sólo fue escogida por una persona (en la tabla 6 se puede consultar el número de gestantes que escogen cada opción) y esta mujer en la realidad, dio a su descendiente 7 meses de lactancia materna complementada con otros alimentos. La opción “no definido” fue escogida por dos gestantes que acabaron dando lactancia materna complementada una media de 9 meses y medio.

Al mismo tiempo, teniendo como referente el objetivo que alude a la intención de recoger la información, actitudes y preferencias que poseen las gestantes acerca de aspectos básicos de la lactancia natural, se les realizó una serie de preguntas.

Por una parte, en la tabla 25 se reflejan las preguntas y respuestas sobre conocimientos.

Queda reflejado que la mayor parte de las mujeres encuestadas, poco más del 60 %, afirma que la lactancia materna y artificial no alimentan al niñ@ de forma igual. Una parte mayor, casi el 90 %, refiere que la lactancia materna cubre todas las necesidades del niñ@ hasta los 6 meses de vida, sin embargo, que la lactancia materna (+ otros alimentos) proporciona beneficios hasta dos años o más de vida del niñ@ lo afirma alrededor del 60% de las encuestadas. En otro orden de cosas, también alrededor del 60 % de las entrevistadas, sabe cómo sacarse, guardar y ofrecer a la niña o niño la leche materna y unas pocas más, no llega al 70 %, piensan que después del nacimiento no hay que tardar unas horas para iniciar la alimentación al pecho. En cambio, sobre el tema de si la alimentación al pecho es cada tres horas los porcentajes difieren algo menos, ya que aproximadamente el 55 % opina que no, frente a casi un 40 % que opina que sí.

Referente al tema de si hay que tomar siempre de los dos pechos, un 60 % opina que sí y un poco más del 11 % duda o no contesta. Por otra parte, sobre la idea de si el chupete puede dificultar el inicio de la lactancia materna, los porcentajes obtenidos son: que sí lo dificulta, poco más del 45 %, frente a casi el 32 % que creen que no y cerca del 23 % que no saben o no responden.

TABLA 25. INFORMACIÓN QUE POSEEN LAS GESTANTES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE. N= 311.

Lactancia materna y artificial alimentan al niñ@ de forma igual		
	Sí	33,80 %
	No	61,40 %
	No sabe o no contesta	4,80 %
La lactancia materna cubre todas las necesidades del niñ@ hasta los 6 meses de edad		
	Sí	87,10 %
	No	8,00 %
	No sabe o no contesta	4.80 %
La lactancia materna (+ otros alimentos) proporciona beneficios hasta dos años o más de vida del niñ@		
	Sí	62,40 %
	No	19,00 %
	No sabe o no contesta	18,60 %
Sabe cómo sacarse, guardar y ofrecer a la niña o niño la leche materna		
	Sí	61,40 %
	No	34,40 %
	No sabe o no contesta	4,20 %
Después del nacimiento hay que tardar unas horas para iniciar la alimentación al pecho		
	Sí	19,30 %
	No	67,20 %
	No sabe o no contesta	13,50 %
La alimentación al pecho es cada tres horas		
	Sí	38,60 %
	No	55,30 %
	No sabe o no contesta	6,10 %
Hay que tomar siempre de los dos pechos		
	Sí	63,00 %
	No	25,70 %
	No sabe o no contesta	11,30 %
El chupete puede dificultar el inicio de la lactancia materna		
	Sí	45,40 %
	No	31,80 %
	No sabe o no contesta	22,80 %
Dar biberones perjudica el inicio de la lactancia materna		
	Sí	38,30 %
	No	45,00 %
	No sabe o no contesta	16.70 %
A los lactantes menores de 6 meses que toman lactancia materna hay que darles agua		
	Sí	19,30 %
	No	60,10 %
	No sabe o no contesta	20,60%
Si madre y niñ@ están separados se puede establecer o continuar la lactancia materna		
	Sí	75,20 %
	No	10,30 %
	No sabe o no contesta	14,50 %

Los porcentajes cambian cuando se trata de opinar si dar biberones perjudica el inicio de la lactancia materna, donde el 45 % opina que no, versus algo más del 38 % que opina que sí y cerca del 17 % que no sabe y/o no contesta.

Para acabar con estos conocimientos, se encontró que cerca del 60 % refleja que a los lactantes menores de 6 meses que toman lactancia materna no hay que darles agua, frente a un 40 % que opina que sí o que no responde. Y, por otro lado, sobre la pregunta que hace referencia a si la madre y niñ@ separados pueden establecer o continuar la lactancia materna, gran parte, algo más del 75 % dicen que sí.

De igual modo, como se refleja en la tabla 26, se ha relacionado el conocimiento materno sobre la diferencia o igualdad de las propiedades de leche materna y artificial, con la duración de la lactancia materna, tanto exclusiva como complementada.

TABLA 26. RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO MATERNO DE LA PROPIEDADES DE LACTANCIA MATERNA Y ARTIFICIAL Y LA DURACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN NATURAL EXCLUSIVA Y COMPLEMENTADA. N= 311.

Opinión materna lactancia natural y artificial alimentan igual	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	2,48	6,68**	5,00	5,75**
No	3,37		6,81	
No sabe o no contesta	2,52		4,33	
		** p < 0,01	* p < 0,05	

Las mujeres que participaron en el estudio y sabían que la leche materna y la artificial no tienen las mismas propiedades, en general, lograron mayor tiempo de lactancia materna, tanto exclusiva como complementada con otros alimentos (tabla 26).

Por otra parte, sin cambiar de objetivo, se analizaron las preferencias maternas sobre aspectos básicos de la lactancia natural.

En la tabla 27 se pueden observar las respuestas de las gestantes incluidas en el estudio a la pregunta referida al tema de con que complementarían la alimentación del lactante, en el supuesto de que se optara por lactancia mixta, en la época de la vida del

lactante en la no es biológicamente adecuado el consumo de lo que se considera alimentación complementaria, y que se introduce a partir de los cuatro o seis meses.

TABLA 27. EN CASO DE OPTAR POR LACTANCIA MIXTA EN LOS PRIMEROS MESES DE LA VIDA DEL LACTANTE CON QUE PREFIEREN COMPLETAR LAS MUJERES ESTUDIADAS. N= 311.

Complementación de la lactancia mixta		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
No contestan	133	42,80 %
Leche artificial	158	50,80 %
Agua, infusiones y/o zumos	10	03,20 %
Otros	10	03,20 %

Un número destacado, casi un 43 % no contestó. Cuando, durante la recogida de los datos, se les preguntó a las madres porque no elegían ninguna opción referían que no querían lactancia mixta. Las mujeres que sí contestaron fueron 178 y de estas un 88,76 % escogieron la opción de completar con leche artificial. El resto de las mujeres optaron, por un lado, un 5,62 % por complementar con agua, infusiones y zumos, combinados de diferentes formas y, por otro lado, otro 5,62 %, optó por complementar con otras cosas. En el apartado de otros reflejaron agua con azúcar y suero glucosado.

Siguiendo con las preferencias, en la tabla 28 se pueden ver las intenciones de las gestantes con respecto a la utilización del chupete.

TABLA 28. PREFERENCIAS USO CHUPETE. N=311.

Intenciones maternas sobre el uso del chupete	
Sí piensan utilizarlo	60,20 %
No piensan utilizarlo	19,90 %
No saben o no contestan	19,90 %

Hay que observar que, en la primera parte de la encuesta, en la parte opiniones sobre lactancia materna / lactancia artificial, se recoge información que poseen las gestantes sobre la alimentación del lactante, se les pregunta a las gestantes incluidas en

el estudio si según su información sobre lactancia materna creen que el chupete puede o no dificultar el inicio de la lactancia materna. Las respuestas a esta pregunta quedan reflejadas en la tabla 25.

Por otra parte, en el apartado preferencias se les pregunta si piensan utilizar el chupete independientemente de si creen o no que puede interferir con la lactancia materna (tabla 28). Como respuesta a esta última pregunta mencionada, se observa que un poco más del 60 % de las mujeres que han participado en el estudio contestó que sí pensaban utilizarlo, frente a un 19,90 % que no pensaban utilizarlo y otro 19,90 % que o no sabían que hacer o no contestaron.

En esta misma línea se observó la relación entre el conocimiento o desconocimiento de la gestante del hecho de que el chupete puede interferir en la alimentación del lactante y la decisión de su uso o no uso. Los datos se pueden observar en la tabla 29.

TABLA 29. RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO DE LA INTERFERENCIA DEL CHUPETE CON LA LACTANCIA MATERNA Y LA DECISIÓN DE USO O NO USO. N= 311. [x2]

Opciones sobre el chupete	Piensa Utilizarlo	No piensa utilizarlo	No sabe / no contesta
Puede dificultar la lactancia materna	31,10 %	80,60 %	50,00 %
No dificulta la lactancia materna	44,90 %	08,10 %	16,10%
No sabe / no contesta	23,00 %	11,30 %	33,90 %
Total	100. 00 %	100,00 %	100,00 %
$\chi^2 (4) = 57,38$			** p < 0,05

Al relacionar, el conocimiento que tienen las gestantes sobre la interferencia del chupete y la lactancia materna, con la intención de utilizarlo o no, se encuentra que los patrones son distintos (tabla 29). Del grupo de mujeres que tienen la intención utilizarlo, destaca un 31,1 % que piensa que el chupete puede dificultar la lactancia, pero aun así

van a utilizarlo. Por otra parte, de las gestantes que no piensan utilizarlo, gran parte de ellas, un 80,6 %, afirma que el uso del chupete puede dificultar la lactancia materna y hay un 8,1 % que, aunque piensa que no dificulta la lactancia materna, no pretende utilizarlo. A la vez, de las gestantes que no saben o no contestan sobre la intención del uso del chupete, la mitad piensa que puede interferir, el 16,1 % cree que no y el 33,9 % ni opina sobre su intención de uso, ni opina sobre su posible interferencia.

Sin salirse de las preferencias, se ha observado la opinión sobre la extracción de leche por parte de la madre para luego dársela a su descendiente y, como se puede apreciar en la tabla 30, una gran mayoría, casi el 75 % está a favor, poco más del 16 %, no se decantan ni a favor ni en contra y hay un pequeño porcentaje del 9 % que está en contra.

TABLA 30. OPINIÓN SOBRE LA EXTRACCIÓN DE LECHE PARA DÁRSELA A SU HIJO O HIJA POSTERIORMENTE. N= 311.

Extracción de leche materna		
	A favor	74,90 %
	En contra	09,00 %
	No saben o no contestan	16,10 %

Otro punto estudiado hace referencia a la detección de factores que pueden influir en el inicio y duración de la lactancia natural (otro de los objetivos de este estudio).

Para empezar, se observaron los factores personales. El primer factor examinado fue la edad, como se puede apreciar en la tabla 31.

Se estudió la relación entre la edad de la madre y la duración de la lactancia materna, tanto exclusiva, como complementada con otros alimentos mediante el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 31) y se comprobó que a mayor edad mayor duración de lactancia exclusiva y complementada, ya que $p < 0,01$ y por lo tanto es estadísticamente significativo.

TABLA 31. CORRELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA MADRE Y LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y COMPLEMENTADA CON OTROS ALIMENTOS. N= 311.

Variables	Correlación de Pearson
Edad materna y duración de lactancia materna exclusiva	0,182**
Edad materna y duración de la lactancia materna complementada	0,158**
	** p < 0,01 * p < 0,05

A la edad, le sigue la observación de diferentes variables que se muestran en la tabla 32.

Con respecto al estado civil se ha visto que de toda la muestra de este estudio las mujeres viudas o divorciadas son las que han dado más meses lactancia materna, tanto exclusiva, como complementada, seguida de las mujeres con pareja estable. Todo esto con una repercusión estadísticamente significativa, pero con una intensidad de $p < 0,05$.

Con relación a los estudios maternos se puede advertir que, a mayor nivel de estudios, mayor duración en la alimentación con lactancia materna tanto exclusiva, como complementada, con el inciso de que las mujeres con estudios obligatorios y las mujeres con estudios de bachiller o formación profesional dieron los mismos meses de alimentación natural exclusiva y también, prácticamente los mismos meses de alimentación natural complementada con otros alimentos. Todos estos datos con elevado valor estadísticamente significativo.

En cuanto al hecho de que las mujeres participantes tuvieran descendencia anterior al sujeto incluido en el estudio, hay que destacar que, aunque se observa unos valores superiores en las mujeres que ya tenían hijas o hijos anteriores, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Por el lado contrario, sí se observa, con destacado valor estadísticamente significativo, de $p < 0,01$, que las mujeres con experiencia positiva en alimentación con lactancia materna ofrecieron a su descendencia lactancia

natural exclusiva y complementada durante más tiempo. En experiencia anterior positiva se ha mantenido lactancia materna exclusiva durante casi 4 meses.

TABLA 32. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS MATERNAS RECOGIDAS EN EL ESTUDIO Y LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y COMPLEMENTADA CON OTROS ALIMENTOS. N= 311.

Estado civil	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Soltera	1,96 meses	4,05*	3,96 meses	3,40*
Pareja estable	3,11 meses		6,23 meses	
Viuda / divorciada	4 meses		9,25 meses	
Estudios	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Ninguno	1,69 meses	6,21**	3,46 meses	5,10**
Obligatorios	2,80 meses		5,59 meses	
Bachiller / formación profesional	2,80 meses		5,55 meses	
Universitarios	3,73 meses		7,62 meses	
Hijos anteriores	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	2,99 meses	0,05	5,08 meses	0,91
No	3,05 meses		4,84 meses	
Experiencia en lactancia materna	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Nada	2,87 meses	14,11**	5,75 meses	12,61**
Negativa	1,82 meses		3,33 meses	
Positiva	3,90 meses		8,01 meses	

** p < 0,01 * p < 0,05

A la vez, también se observa que si la experiencia anterior fue negativa la duración de la lactancia materna exclusiva ha sido más corta, de menos de 2 meses y en el caso de no tener experiencia se ha mantenido más meses que si la experiencia era negativa y menos meses que si era positiva. Y si se tiene en cuenta la lactancia materna de cualquier tipo, exclusiva y complementada se ha conseguido una duración de algo más de 8 meses cuando la experiencia anterior era positiva, mientras que si era negativa se ha llegado a una duración de 3,33 meses y de 5,75 si no se tenía ningún tipo de experiencia (tabla 32).

Por otra parte, también se separó a la población estudiada según las variaciones en los factores personales ya mencionados. El primer factor, el estado civil, se puede contemplar en la tabla 33.

TABLA 33. ESTADO CIVIL E INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA. N= 311.

Inicio de lactancia materna relacionado con el estado civil. [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Estado civil	Soltera	13 casos	50,00 %	13 casos	50,00 %
	Pareja estable	220 casos	78,30 %	61 casos	21,70 %
	Viuda o divorciada	4 casos	100,00 %	0 casos	0,00 %
					$\chi^2 (2) = 11,770$ $p < 0,01$
Inicio cualquier tipo de lactancia materna relacionado con el estado civil. [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Estado civil	Soltera	16 casos	61,50 %	10 casos	38,50 %
	Pareja estable	230 casos	81,90 %	51 casos	18,10 %
	Viuda o divorciada	4 casos	100,00 %	0 casos	0,00 %
					$\chi^2 (2) = 7,216$ $p < 0,05$

Los factores personales contemplados fueron el estado civil, estudios, hijos previos y experiencia anterior en alimentación con lactancia materna. Se observó si el inicio de la alimentación con lactancia materna, tanto exclusiva como complementada con otra leche, se daba con más frecuencia en alguno de los subgrupos derivados de las variaciones.

El primer elemento observado, como se ha mencionado, es el estado civil. Se aprecia una variación entre el inicio y duración de la lactancia materna y el estado civil que es estadísticamente significativo. El mayor inicio de alimentación tanto exclusiva como complementada con otros alimentos se produjo en las mujeres viudas, seguido de las que tenían pareja estable (tabla 33).

Con respecto a los estudios maternos, se puede observar en la tabla 34 las diferentes cifras de inicio de lactancia materna absoluta y cualquier tipo de lactancia según el nivel de estudios maternos alcanzados.

Destaca que, en el caso del inicio de lactancia materna exclusiva, hay una diferencia más elevada entre el grupo que menos estudios tiene y el que más, cumpliéndose aquí que cuando la madre posee mayor nivel académico alcanza mayores cifras de inicio de lactancia materna exclusiva. Al mismo tiempo los grupos intermedios mantienen una diferencia más pequeña, aunque aquí, por el contrario, hay un mayor inicio de alimentación con lactancia materna en las mujeres que tienen estudios obligatorios si las comparamos con las mujeres que tienen bachiller o formación profesional y, realmente, su diferencia es menor con respecto a los porcentajes alcanzados por las mujeres con nivel académico superior, que con las que no tienen estudios. Estas diferencias siguen con características similares en el caso de inicio de cualquier modo de lactancia si se observa el mayor nivel académico, pero el resto de los niveles, presentan diferencias mucho menores y, a diferencia de los porcentajes anteriores, las mujeres con ningún estudio presentan porcentajes algo superiores a las mujeres que cursaron bachiller o formación profesional, que en este caso son las que presentan menor porcentaje.

TABLA 34. ESTUDIOS MATERNOS E INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA. N=311.

Inicio lactancia materna exclusiva relacionado con los estudios maternos. [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Estudios maternos	Ninguno	7 casos	53,80 %	6 casos	46,20 %
	Obligatorios	76 casos	75,20 %	25 casos	24,80 %
	Bachiller o FP	75 casos	70,80 %	31 casos	29,20 %
	Universitarios	79 casos	86,80 %	12 casos	13,20 %
$\chi^2 (3) = 11,019$ $p < 0,05$					
Inicio cualquier tipo de lactancia materna relacionado con estudios maternos. [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Estudios maternos	Ninguno	10 casos	76,90 %	3 casos	23,10 %
	Obligatorios	80 casos	79,20 %	21 casos	20,80 %
	Bachiller o FP	78 casos	73,60 %	28 casos	26,40 %
	Universitarios	82 casos	90,10 %	9 casos	9,9 %
$\chi^2 (3) = 8,755$ $p < 0,05$					

Con respecto al supuesto que afirma que trabajo fuera del hogar interfiere con el inicio de la lactancia y que las madres con trabajo fuera del hogar tienden a elegir la lactancia artificial desde el principio, se observa que, en el caso del inicio de la lactancia materna exclusiva, las mujeres de la muestra de esta tesis que trabajan fuera del hogar han iniciado la lactancia materna exclusiva en un porcentaje más elevado que las mujeres que no trabajan fuera de hogar; el 80,6 %, frente al 69,6 %. La diferencia es estadísticamente significativa, ya que el valor $p = 0,025$ y por lo tanto es menor de 0,05 (ver tabla 35).

Por otro lado, si se centra la atención en el trabajo fuera del hogar y el inicio de cualquier modo de alimentación con lactancia materna las mujeres trabajadoras también tienen índices superiores de inicio con lactancia materna, aunque en este caso, esta diferencia no es estadísticamente significativa, el 82,8 % de las mujeres que regresaron al trabajo la iniciaron, frente al 76,8 % que no la iniciaron, el valor p pasa a ser de $p = 0,192$ y, por lo tanto es mayor de 0,05. Todo esto se puede observar en la tabla 35.

TABLA 35. TRABAJO FUERA DEL HOGAR E INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA. N= 311.

Inicio de lactancia materna exclusiva relacionado con trabajo fuera del hogar. [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Trabaja fuera del hogar	Sí	150 casos	80,60 %	36 casos	19,40 %
	No	87 casos	69,60 %	38 casos	30,40 %
$\chi^2 (1) = 5,030$ $p < 0,05$					
Inicio de lactancia materna de cualquier tipo relacionado con trabajo fuera del hogar. [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Trabaja fuera del hogar	Sí	154 casos	82,80 %	32 casos	17,20 %
	No	96 casos	76,80 %	29 casos	23,20 %
$\chi^2 (1) = 1,704$ $p > 0,05$					

Con respecto a la relación entre la existencia o no de hijos o hijas anteriores al embarazo causante de la inclusión en este estudio y el inicio de la alimentación con lactancia materna exclusiva o el inicio de cualquier tipo de lactancia materna, se recogieron una serie de datos que se pueden observar en la tabla 36.

TABLA 36. HIJAS O HIJOS ANTERIORES E INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA. N=311.

Relación hijas o hijos anteriores e inicio de lactancia materna exclusiva. [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Hijos / hijas anteriores	Sí	93 casos	73,20 %	34 casos	26,80 %
	No	144 casos	78,30 %	40 casos	21,70 %
$\chi^2 (1) = 1,049$ p > 0,05					
Relación hijos o hijas anteriores e inicio de cualquier forma de lactancia materna. [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Hijos / hijos anteriores	Sí	100 casos	78,70 %	27 casos	21,30 %
	No	150 casos	81,50 %	34 casos	18,50 %
$\chi^2 (1) = 0,369$ p > 0,05					

Queda reflejado que el porcentaje de inicio de lactancia materna, tanto exclusiva, como de cualquier tipo, es superior en los casos en que no había hijos anteriores al embarazo que generó la inclusión en este estudio, pero esta diferencia no es muy elevada y no es estadísticamente significativa.

Por lo que atañe a la experiencia materna con respecto a la alimentación natural anterior al embarazo actual, se pretende constatar la observación del hecho de haber tenido una experiencia positiva, una experiencia negativa o no haber tenido ningún tipo de experiencia y la repercusión que esta experiencia puede tener en el inicio de la alimentación natural tanto exclusiva, como complementada con otros leches. Esta relación se puede observar en la tabla 37 y se aprecia que en los casos que ha habido una experiencia negativa anterior se ha iniciado en muchas menos ocasiones tanto la lactancia materna exclusiva, como complementada con otros alimentos. Por el

contrario, si la experiencia anterior ha sido positiva se ha iniciado la alimentación natural en porcentajes superiores al 90 %. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

TABLA 37. EXPERIENCIA ANTERIOR CON LACTANCIA NATURAL E INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA. N= 311.

Inicio de lactancia materna exclusiva relacionado con experiencias anteriores. [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Experiencia con lactancia materna	Nada	147 casos	74,60 %	50 casos	25,40 %
	Negativa	16 casos	48,50 %	17 casos	51,50 %
	Positiva	74 casos	91,40 %	7 casos	8,60 %
$\chi^2 (2) = 24,515$ $p < 0,01$					
Inicio de cualquier forma de lactancia materna relacionado con experiencias anteriores. [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Experiencia con lactancia materna	Nada	155 casos	78,70 %	42 casos	21,30 %
	Negativa	17 casos	51,50 %	16 casos	48,50 %
	Positiva	78 casos	96,30 %	3 casos	3,70 %
$\chi^2 (2) = 30,814$ $p < 0,01$					

Continuando con los de factores que pueden alterar el inicio y duración de la lactancia natural, se han analizado los factores relacionados con el parto, recuperación y vuelta a las actividades habituales.

En la tabla 38 se puede observar uno de estos factores, que hace referencia a la aparición o ausencia de problemas relacionados con el parto.

TABLA 38. RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PARTO Y LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. N= 311.

Tipo de parto					
Tipo de parto	Normal	250 mujeres		80,40 %	
	Con dificultades	61 mujeres		19,60 %	
Inicio lactancia materna exclusiva relacionada con el tipo de parto [χ^2]					
Inicio LM exclusiva		Sí		No	
Tipo de parto	Normal	192 mujeres	76,80 %	58 Mujeres	23,20 %
	Con dificultades	45 Mujeres	73,80 %	16 Mujeres	26,20 %
$\chi^2 (1) = 0,248$ $p > 0,05$					
Inicio de cualquier tipo de lactancia materna relacionada con el tipo de parto [χ^2]					
Inicio cualquier tipo de LM		Sí		No	
Tipo de parto	Normal	205 mujeres	82,00 %	45 Mujeres	18,00 %
	Con dificultades	45 Mujeres	73,80 %	16 Mujeres	26,20 %
$\chi^2 (1) = 2,106$ $p > 0,05$					
Relación tipo de parto y duración de la lactancia materna exclusiva [ANOVA]					
		Duración lactancia materna exclusiva		F	
Tipo de parto	Normal	3,11 meses		1,91	
	Con dificultades	2,69 meses			
** $p < 0,01$ * $p < 0,05$					

Se observa en la tabla 38 que un 80,4 % de los casos incluidos en el estudio tuvieron un parto normal, frente a un 19,6 % que presentaron dificultades relacionadas con el parto.

A la vez, se ha investigado si el hecho de tener un parto con dificultades conlleva menor inicio de alimentación con lactancia materna exclusiva. Si se observa la tabla 38,

se puede ver que de las mujeres que tuvieron un parto normal, el 76,8 %, inició la alimentación de sus hijos con lactancia materna, frente a un 73,8 % de mujeres que teniendo un parto con dificultades iniciaron también la alimentación con lactancia materna. Esta diferencia no es estadísticamente significativa, con un valor de $p > 0,05$.

Como 13 mujeres empezaron la alimentación de su descendencia con lactancia mixta al nacimiento, también se ha tenido en cuenta si las dificultades en el parto influían o no en el inicio de cualquier tipo de la lactancia materna (exclusiva o complementada).

Se ha visto que en los casos de mujeres que tuvieron dificultades en el parto, ninguna optó por lactancia mixta, lo cual quiere decir que las mujeres que dieron lactancia materna complementada como primer alimento pertenecen al grupo de mujeres que tuvieron un parto normal. En este grupo de mujeres con parto sin dificultades, se observa un inicio de alimentación con lactancia materna de cualquier tipo del 82 %, frente al 73,8 % de mujeres que iniciaron lactancia materna, teniendo un parto con dificultades. Esta diferencia no es muy elevada y no es estadísticamente significativa.

En cuanto a la relación entre el tipo de parto y la duración de la lactancia materna exclusiva, ocurre algo parecido, aunque se observa una mayor duración de alimentación con lactancia materna exclusiva en caso de parto normal. Esta diferencia no es estadísticamente significativa, con un valor $p = 0,17$ y por lo tanto superior a 0,05.

No se valora la relación entre el tipo de parto y la duración de la lactancia materna complementada porque esta puede durar años y el tipo de parto ya no tiene influencia a tan largo plazo.

A continuación, se puede ver el análisis los Problemas de salud tras el parto en la tabla 39.

TABLA 39. PROBLEMAS DE SALUD TRAS EL PARTO Y RELACIÓN DE LA APARICIÓN DE PROBLEMAS CON LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. N= 311.

Problemas de salud					
Persona que tiene el problema	Nadie	243 casos		78,10 %	
	Madre	27 casos		8,70 %	
	Hija o hijo	41 casos		13,20 %	
Inicio lactancia materna exclusiva relacionado con problemas de salud tras el parto [χ^2]					
Inicio LM exclusiva		Sí		No	
Problemas de salud	Nadie	190 casos	78,20 %	53 casos	21,80 %
	Madre	15 casos	55,60 %	12 casos	44,40 %
	Hijo/hija	32 casos	78,00 %	9 casos	22,00 %
$\chi^2 (2) = 6,954$ $p < 0,05$					
Inicio cualquier tipo de lactancia materna relacionado con problemas de salud tras el parto [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Problemas de salud	Nadie	200 casos	82,30 %	43 casos	17,70 %
	Madre	17 casos	63,00 %	10 casos	37,00 %
	Hijo/hija	33 casos	80,50 %	8 casos	19,50 %
$\chi^2 (2) = 5,766$ $p > 0,05$					
Relación de sujeto con problemas en el parto y duración de la lactancia materna exclusiva [ANOVA]					
		Duración lactancia materna Exclusiva			F
Persona que tiene el problema	Nadie	3,13			2,46
	Madre	2,18			
	Hijo o hija	2,98			
** $p < 0,01$ * $p < 0,05$					

En la tabla 39 se pueden consultar los casos en los que no ha habido problemas de salud tras el parto, entendiendo por casos el binomio madre-hijo/hija.

La mayor parte del binomio madres-neonatos, poco más del 78 %, no han tenido problemas de salud tras el parto. Además, aparecen los casos en que la persona que ha tenido problemas la madre, el 8,7 % y los casos que ha tenido problemas su descendencia, el 13,2 %. No hay ningún caso en que se señalaran problemas en ambas partes.

En esta misma tabla, también se observa la relación entre presencia o ausencia de problemas después del parto con inicio de lactancia materna exclusiva. De los casos que ningún sujeto ha tenido problemas de salud, un 78,2 % ha iniciado la lactancia materna exclusiva. De los casos en los que la madre ha tenido problemas después del parto el 55,6 % ha iniciado la lactancia materna exclusiva. De los casos en que el neonato es el que ha tenido problemas el 78 % ha iniciado la lactancia materna exclusiva. Por lo tanto, se aprecia que en los casos en que la madre es la que ha tenido problemas después del parto se ha iniciado en menos ocasiones la lactancia materna con una diferencia significativamente estadística, con un valor $p = 0,03$.

Por otra parte, se observó el inicio de cualquier tipo de lactancia materna, incluyendo a los 13 casos que iniciaron lactancia mixta. Se observa que de los casos que nadie ha tenido problemas, un 83,3 % iniciaron lactancia materna de cualquier tipo, frente a un 63 % de los que la madre fue la que tuvo problemas y un 80,5 % la descendencia. En esta observación la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa, con un valor $p = 0,056$.

Por último, al relacionar la aparición o ausencia de problemas de salud en madres o neonatos con la duración de la lactancia materna exclusiva, se observa una duración más larga en los casos en que ni madres, ni neonatos han tenido ningún tipo de problema en el parto, pero en realidad esta diferencia no es estadísticamente significativa, con un valor $p = 0,087$ y por lo tanto superior a 0,05.

A continuación, se enfocó la atención en la separación al nacimiento, como se refleja en la tabla 40.

TABLA 40. EXISTENCIA O AUSENCIA DE SEPARACIÓN AL NACIMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. N= 311.

Existencia o ausencia de separación madre-neonato al nacimiento					
Separación al nacimiento	Sí	66 casos		21,20 %	
	No	245 casos		78,80 %	
Inicio lactancia exclusiva [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Separación al nacimiento	Sí	50 casos	75,80%	16 casos	24,20 %
	No	187 casos	76,30%	58 casos	23,70 %
$\chi^2 (1) = 0,009$ $p > 0,05$					
Inicio de cualquier tipo de lactancia materna [χ^2]					
Inicio LM		Sí		No	
Separación al nacimiento	Sí	53 casos	80,30 %	13 casos	19,70 %
	No	197 casos	80,40%	48 casos	19,60 %
$\chi^2 (1) = 0,000$ $p > 0,05$					
Relación existencia o ausencia de separación con duración de la lactancia materna exclusiva [ANOVA]					
		Duración lactancia materna exclusiva			F
Separación al nacimiento	Sí	2,92		0,212	
	No	3,05			
** $p < 0,01$ * $p < 0,05$					

En la mayor parte de los nacimientos, el 78,8 %, no hubo separación tras el parto, como se puede comprobar en esta tabla 40, aunque en 21,2 % casos, sí hubo separación.

Con el fin de averiguar si esta separación influye en el inicio de la alimentación con lactancia materna, se observó este inicio de la alimentación con lactancia materna exclusiva en los casos donde había habido separación, por una parte y los casos donde no había habido separación, por otra. En el caso de separación al nacimiento un 75,8 % inició la alimentación con lactancia materna y en los casos en que no había separación, el 76,30 %. Esta diferencia no es significativa, con un valor $p = 0,92$.

También se observó el inicio de cualquier forma de alimentación con lactancia materna (exclusiva o complementada) en los casos donde había habido separación y donde no, y se encontraron unas cifras muy parecidas y sin diferencia estadísticamente significativa. De los casos dónde no hubo separación el 80,4 % de los neonatos iniciaron la alimentación con lactancia materna, frente al 80,3 % de casos donde hubo separación.

Si se tiene en cuenta la relación ente la separación de madre y neonato al nacimiento con la duración de la lactancia materna exclusiva se observa una duración más larga de lactancia materna exclusiva en las mujeres y neonatos que no se han separado tras el parto, pero esta diferencia tampoco es estadísticamente significativa, con un valor $p = 0,65$ y por lo tanto superior a 0,05.

Por otro lado, dada la importancia que la bibliografía le asigna al tiempo transcurrido desde el nacimiento, hasta el inicio de la alimentación del neonato, se ha analizado este aspecto y se puede visualizar en la tabla 41.

Se ha encontrado que el tiempo medio que transcurrió desde el nacimiento del bebé hasta su primera toma de alimentos es de 5,56 horas, con una desviación típica de 11,96 horas, en consecuencia, se puede afirmar que hay mucha variación entre el tiempo que transcurrió entre los diferentes casos, ya que la mayor parte de los niños y niñas, cuyas madres participaron en este estudio, empezaron con su alimentación entre el mismo instante del nacimiento y 17,52 horas después del nacimiento.

TABLA 41. DIFERENTES ASPECTOS RELACIONADOS CON EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO HASTA EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN. N= 311.

Tiempo desde el nacimiento hasta el inicio de la alimentación neonatal				
Tiempo	Duración media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica
	5,56 horas	0 horas	72 horas	11,96 horas
Idea materna de la necesidad o no de un tiempo de espera comparado con el tiempo que se tardó en iniciar la alimentación del neonato [ANOVA]				
La madre piensa que después del nacimiento hay que tardar unas horas en iniciar la alimentación.	Tiempo real que se tardó en iniciar la alimentación			F
	Sí	6,23 horas		0,118
	No	5,38 horas		
No sabe o no contesta	5,49 horas			
				** p < 0,01 * p < 0,05
Comparación del tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la alimentación en el grupo que inició la lactancia materna exclusiva y en el que no. [ANOVA]				
Inicio lactancia materna exclusiva	Tiempo real que se tardó en iniciar la alimentación			F
	Sí	4,96 horas		2,51
No	7,48 horas			
				** p < 0,01 * p < 0,05
Comparación del tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la alimentación en el grupo que inició algún modo de lactancia materna y en el que no. [ANOVA]				
Inicio lactancia materna exclusiva o complementada	Tiempo real que se tardó en iniciar la alimentación			F
	Sí	4,96 horas		3,28
No	8.04 horas			
				** p < 0,01 * p < 0,05
Correlación de Pearson sobre el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la alimentación neonatal con duración de la lactancia materna exclusiva				
				-0,13 *
				** p < 0,01 * p < 0,05

Por lo que se refiere al inicio de la alimentación del recién nacido se puede observar que las mujeres que pensaban que había que esperar unas horas para iniciar la alimentación al pecho, en realidad tardaron más tiempo en el inicio de la alimentación neonatal que en las madres que pensaban que no había que esperar, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa, ya que tiene un valor $p = 0,89$ y, por lo tanto, superior a $0,05$ (tabla 41).

El tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la alimentación en el grupo que inició la lactancia materna exclusiva vino a ser de un promedio de 4,96 horas, mientras que el tiempo del grupo que no inició alimentación con lactancia materna exclusiva tardó algo más, un promedio de 7,48 horas, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa, con un valor $p = 0,11$. Lo mismo ocurre con el grupo que inició algún tipo de alimentación natural, que a pesar de que tardó algo menos de tiempo en iniciar la alimentación, esta diferencia no es estadísticamente significativa, ya que tiene valor $p = 0,07$.

Por otro lado, sí que existe una correlación estadísticamente significativa entre el tiempo transcurrido desde el inicio de la alimentación neonatal y la duración de la lactancia materna exclusiva. A menor tiempo transcurrido, mayor tiempo de lactancia materna exclusiva.

Si se continua con el análisis de los factores relacionados con el parto, recuperación y vuelta a las actividades habituales se puede ver cómo fue la reincorporación materna al trabajo. En la tabla 35 se observó si el hecho de tener un trabajo fuera del hogar influía en la decisión de iniciar la alimentación con lactancia materna o no. A continuación se analiza la media de duración de la lactancia materna relacionada con los meses de vida que tenía del lactante cuando se produjo la incorporación al trabajo. Los resultados se pueden observar en la tabla 42.

TABLA 42. VUELTA AL TRABAJO Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. N= 311.

Relación edad del lactante al regreso materno al trabajo y duración de la lactancia materna exclusiva [ANOVA]		
Edad del niño o niña cuando la madre regresa al trabajo	Duración lactancia materna exclusiva	F
1 mes	3,00 meses	2,35 **
2 meses	1,50 meses	
3 meses	2,68 meses	
4 meses	2,92 meses	
5 meses	3,71 meses	
6 meses	4,06 meses	
7 meses	5,00 meses	
8 meses	6,00 meses	
11 meses	1,00 mes	
12 meses	4,60 meses	
20 meses	5,0 meses	
Correlación de Pearson entre edad del lactante al regreso materno al trabajo y duración de la lactancia materna exclusiva		
		0,24**
		** p < 0,01 * p < 0,05

En la tabla 42, se puede observar la relación entre la edad del lactante al regreso materno al trabajo y duración de la lactancia materna exclusiva, pero, aunque el valor $p = 0,01$, hay alguna irregularidad, ya que hay casos de incorporación al trabajo de forma tardía y duración corta de lactancia materna. Cuando la madre regresó a su trabajo al mes de vida del lactante, que fue un caso único, la lactancia materna exclusiva duró 3 meses, cifra algo superior a lo que duró a los 2, 3, 4 y 11 meses de vida del menor. Pero, en general, durante los meses que entran dentro del periodo que se aconseja la lactancia materna exclusiva cuanto más tarde se ha incorporado la madre al trabajo, más tiempo

ha dado lactancia materna exclusiva, los casos de mayor duración, 6 meses, se dieron cuando la madre volvió a su trabajo fuera del hogar a los 8 meses, sin embargo, cuando el regreso se produjo a los 5 y 20 meses la lactancia materna exclusiva duró 5 meses y cuando la reincorporación se produjo a los 6 y 12, duró un poco más de 4 meses.

Asimismo, en esta tabla se aprecia que la correlación entre edad del lactante al regreso materno al trabajo y duración de la lactancia materna exclusiva es estadísticamente significativa.

Desde otro punto de vista, la tabla 43 refleja la relación del regreso materno al trabajo fuera del hogar o no y la duración de la lactancia materna exclusiva y, por otra parte, de cualquier tipo de alimentación con lactancia materna.

TABLA 43. REGRESO AL TRABAJO O NO Y RELACIÓN CON LA LACTANCIA MATERNA. N= 311.

Relación regreso trabajo fuera del hogar o no y duración de la lactancia materna [ANOVA]				
Regreso al trabajo	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	3,15 meses	1,50	6,58 meses	4,79*
No	2,85 meses		5,34 meses	
		** p < 0,01	* p < 0,05	

Con respecto a la lactancia materna exclusiva la diferencia entre el comportamiento de las madres que se incorporaron al trabajo y las que no, se sitúa en ambos grupos alrededor de 3 meses, sin ser la diferencia estadísticamente significativa.

Aunque, con cualquier tipo de alimentación con lactancia materna se ha obtenido que el grupo de mujeres que trabajó fuera del hogar ha dado lactancia materna de algún modo alrededor de 6,58 meses, mientras que el grupo de las que no trabajaban 5,34 meses. Esta diferencia sí es estadísticamente significativa.

Por otra parte, en referencia al objetivo que alude a la intención de investigar la procedencia de la información sobre la alimentación del lactante que poseen las mujeres

incluidas en el estudio se obtuvieron una serie de datos que quedan reflejados en la tabla 44.

Se indagó acerca de las fuentes de procedencia de información sobre alimentación infantil que pueden influir en las mujeres a la hora de alimentar a sus hij@s, señalando que diferentes fuentes pueden aportar información a la misma mujer.

TABLA 44. PROCEDENCIA DE LA INFORMACIÓN QUE POSEEN LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE. N= 311.

Personal sanitario			
	Sí	261 casos	83,90 %
	No	50 casos	16,10 %
Familia y amistades			
	Sí	235 casos	75,60 %
	No	76 casos	24,40 %
Internet			
	Sí	108 casos	34,70 %
	No	203 casos	65,30 %
Revistas			
	Sí	103 casos	33,10 %
	No	208 casos	66,90 %
Libros			
	Sí	43 casos	13,80 %
	No	268 casos	86,20 %
Asociaciones			
	Sí	12 casos	3,90 %
	No	299 casos	96,10 %
Otros			
	Sí	0 casos	0,00 %
	No	311 casos	100,00 %

Un 83,9 % de las mujeres incluidas en este estudio obtuvieron información sobre la alimentación del lactante del personal sanitario, mientras que un 16,1 % de mujeres, 50 casos, no obtuvieron información de ningún profesional sanitario. Esta fuente es la que ha proporcionado información a más número de casos de este estudio, seguido de la familia y amistades, que aportó información al 75,6 % de las gestantes de este estudio.

También queda reflejado en esta tabla que el 34,7 % de los casos adquirieron información sobre alimentación infantil de internet, el 33,1 % de revistas, el 13,8 % de libros y el 3,9 % de asociaciones que apoyan la alimentación con lactancia natural.

Por otra parte, dentro del mismo objetivo, se examinó la posibilidad o no de que hubiese alguna relación entre la procedencia de la información que recibieron las madres y la duración de la lactancia materna, tanto exclusiva como complementada (tabla 45).

Los datos obtenidos reflejan que todos los casos que recibieron información de las diferentes fuentes dieron más tiempo lactancia materna exclusiva que la que no la recibieron de cada fuente, pero sólo en el caso de las fuentes: personal sanitario, internet, revistas libros y asociaciones, la mayor duración de la lactancia materna exclusiva es estadísticamente significativa.

Con respecto a la duración de la lactancia materna complementada pasa una cosa parecida, todos los casos que recibieron información de alguna fuente tienen mayor duración y en el caso del personal sanitario, internet, libros y asociaciones esta diferencia es estadísticamente significativa.

TABLA 45. RELACIÓN ENTRE PROCEDENCIA DE LA INFORMACIÓN QUE POSEEN LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. N= 311.

Personal sanitario	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	3,28 meses	25,68**	6,53 meses	14,32**
No	1,67 meses		3,71 meses	
Familia y amistades	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	3,13 meses	2,46	6,14 meses	0,15
No	2,70 meses		5,89 meses	
Internet	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	3,69 meses	12,80**	6,57 meses	1,64**
No	2,72 meses		5,82 meses	
Revistas	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	3,50 meses	7,95**	6,81 meses	3,41
No	2,80 meses		5,72 meses	
Libros	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	4,35 meses	20,91**	9,42 meses	24,59**
No	2,82 meses		5,54 meses	
Asociaciones	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	5,08	12,32**	13,08 meses	27,28**
No	2,94		5,80 meses	
		** p < 0,01	* p < 0,05	

Casi para finalizar, como respuesta al objetivo de detectar los medios de apoyo a la lactancia natural de que disponen las madres, se obtuvieron una serie de datos.

En primer lugar, se observó si la población estudiada consideraba que había tenido algún tipo de apoyo o no. Como se pueden consultar en la tabla 46, la mayor parte de la población estudiada recibió apoyo para la alimentación de su descendencia. Un 66,2 %, de las mujeres participantes en este estudio recibió apoyo para la alimentación de su descendencia, frente a un 33,8 % que no recibió.

TABLA 46. MADRES QUE RECIBIERON APOYO PARA LA ALIMENTACIÓN DE SU HIJA O HIJO. N= 311.

Apoyo en la alimentación del lactante			
	Sí	206 casos	66,20 %
	No	105 casos	33,80 %

También se quería saber si recibir o no algún tipo de apoyo influía en la duración de la lactancia materna y, como expone la tabla 47, se contempló que la población que había recibido ayuda había mantenido más la alimentación con lactancia materna. Todo esto tanto en el caso de lactancia materna exclusiva como complementada y con una diferencia estadísticamente significativa.

TABLA 47. RELACIÓN RECIBIR O NO RECIBIR APOYO PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. N= 311.

Apoyo	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	3,43 meses	23,36**	6,86 meses	16,00**
No	2,25 meses		4,55 meses	
		** p < 0,01	* p < 0,05	

Acto seguido se identificó la procedencia del apoyo recibido por la población estudiada. Esta procedencia queda reflejada en tabla 48. Y a continuación se relacionó la procedencia de apoyo con la duración de lactancia materna (ver tabla 49).

TABLA 48. PROCEDENCIA DEL APOYO QUE RECIBIERON LAS MADRES PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE. N= 311.

Personal sanitario			
	Sí	159 casos	51,10 %
	No	152 casos	48,90 %
Pareja			
	Sí	143 casos	46,00 %
	No	168 casos	54,00 %
Familia y amistades			
	Sí	63 casos	20,30 %
	No	248 casos	79,70 %
Internet			
	Sí	20 casos	6,40 %
	No	291 casos	93,60 %
Asociaciones			
	Sí	14 casos	4,50 %
	No	297 casos	95,50 %
Consejera IBLM			
	Sí	2 casos	0,6 %
	No	309 casos	99,40 %

Se constata que el apoyo proporcionado por el personal sanitario es el más recibido por la muestra estudiada, un 51,1 % de las mujeres lo atestiguan, aunque también hay que destacar que al 48,9 % no se le ha proporcionado apoyo de parte de este colectivo.

La siguiente fuente de apoyo a la madre que más muestra a abarcado es la pareja, que ha proporcionado apoyo en el 46 % de los casos y no ha proporcionado en el 54 % de los casos. Le sigue, con menores porcentajes, la familia y amistades con un 20,3 %; internet, mediante foros, consultas electrónicas y otros medios, con un 6,4 %; las asociaciones prolactancia materna con un 4,5 % y las asesoras de lactancia con titulación reconocida a nivel internacional en el 0,6 % de los casos.

TABLA 49. RELACIÓN PROCEDENCIA DEL APOYO QUE RECIBIERON LAS MADRES PARA LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA. N= 311.

Personal sanitario	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	3,72 meses	39,63**	7,45 meses	27,37**
No	2,30 meses		4,64 meses	
Pareja	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	3,51 meses	14,57**	7,07 meses	11,10**
No	2,61 meses		5,23 meses	
Familia y amistades	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	3,22 meses	0,68	7,00 meses	2,77
No	2,97 meses		5,84 meses	
Internet	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	4,45 meses	10,03*	8,15 meses	3,79
No	2,93 meses		5,94 meses	
Asociaciones	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	4,78	10,52**	12,64 meses	28,21**
No	2,94		5,77 meses	
Consejera IBLM	Duración lactancia materna exclusiva	F	Duración lactancia materna complementada	F
Sí	4,50	0,98	9,50 meses	0,96
No	3,02		6,06 meses	
		** p < 0,01	* p < 0,05	

Para completar los datos obtenidos, falta exponer el número de veces que realizaron alguna consulta las gestantes incluidas en el grupo que recibió apoyo e información adicional y el motivo principal sobre el que se realizó la consulta (ver tabla 50).

TABLA 50. PREGUNTAS GRUPO APOYO E INFORMACIÓN ADICIONAL.

Número de casos	Tema	Medio de consulta
2 mujeres	Mejor: tipo de sacaleches (eléctrico o manual) y donde comprarlo (farmacia, grandes almacenes...)	Correo electrónico
11 mujeres		Teléfono
0 mujeres	Alquiler de sacaleches	Correo electrónico
3 mujeres		Teléfono
0 mujeres	Limpieza del sacaleches (esterilizar o no cada vez que se usa, una vez al día...y con método de limpieza)	Correo electrónico
3 mujer		Teléfono
0 mujeres	Conservación de la leche materna extraída	Correo electrónico
7 mujeres		Teléfono
0 mujeres	Transporte idóneo de la leche materna extraída	Correo electrónico
1 mujer		Teléfono
0 mujeres	Forma idónea de preparación de la leche materna extraída (desde la nevera y desde el congelador)	Correo electrónico
6 mujeres		Teléfono
0 mujeres	Mezclar o no mezclar leche materna y artificial en una misma toma	Correo electrónico
3 mujeres		Teléfono
0 mujeres	Normalidad o no con respecto a la sensación de tener menos leche	Correo electrónico
5 mujeres		Teléfono
1 mujer	Normalidad o no del dolor al amamantar	Correo electrónico
2 mujeres		Teléfono
0 mujeres	Número correcto o ideal de tomas	Correo electrónico
4 mujeres		Teléfono

De las 163 mujeres del grupo experimental que participaron en este estudio, 48 mujeres realizaron alguna consulta. Esto representa el 29,45 % de esta parte de la muestra. En la tabla 50 se pueden observar los temas sobre los que preguntaron. El mayor número de consultas fue sobre el sacaleches y en concreto sobre cuál era el mejor

modelo y tipo de funcionamiento para el uso concreto de la persona que realizaba la consulta y también sobre el lugar donde comprarlo. A las consultas sobre el sacaleches le siguieron en número las consultas sobre la leche extraída, su manipulación y su administración al lactante.

Además, se describe la forma de contacto utilizada por las mujeres para realizar la consulta y se aprecia una destacada preferencia por la llamada telefónica, el 93,75 %.

Por último, dado que el último objetivo específico es elaborar y validar un cuestionario que recoja información sobre alimentación del lactante que englobe intenciones maternas, preferencias y realidad, además de conocimientos básicos sobre lactancia materna, se van a exponer en la tabla 51 los pasos efectuados para la consecución de este objetivo.

TABLA 51. PASOS EN LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.

FECHA	ACCIÓN REALIZADA
ABRIL 2012	DISEÑO CUESTIONARIO POR LA DOCTORANDA Y DIRECTOR DE TESIS
MAYO 2012	APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE LA TESIS POR LA COMISIÓN DE DOCTORADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
AGOSTO 2012	APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE LA TESIS POR LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL CHGUV
NOVIEMBRE 2012	APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE LA TESIS POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL CHGUV
DICIEMBRE 2012	TOMA DE CONTACTO DE LA DOCTORANDA CON CADA MIEMBRO DEL GRUPO DE EXPERTOS DE FORMA INDIVIDUAL
ENERO - FEBRERO 2013	RECOGIDA DE OPINIONES DE EXPERTOS Y PRIMERA MODIFICACIÓN DE CUESTIONARIO.
MARZO - ABRIL 2013	INICIO DE ESTUDIO PILOTO. SE PASA CUESTIONARIO A 10 GESTANTES. LAS GESTANTES DAN SUS OPINIONES Y SE CONTACTA CON EXPERTOS
MAYO- JULIO 2013	TRAS EL CONSENSO DE LOS EXPERTOS SOBRE LAS POSIBLES MODIFICACIONES SEGUNDA MODIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO
AGOSTO - SEPTIEMBRE 2013	CONTINUACIÓN DEL ESTUDIO PILOTO. SE PASA EL CUESTIONARIO A 10 GESTANTE MÁS, ESTAS DAN SUS OPINIONES Y SE CONTACTA CON EXPERTOS
OCTUBRE 2013	TRAS EL CONSENSO DE LOS EXPERTOS SOBRE LAS POSIBLES MODIFICACIONES SE PRODUCE LA TERCERA MODIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO
NOVIEMBRE 2013	CONTINUACIÓN DEL ESTUDIO PILOTO. SE PASA EL CUESTIONARIO A 20 GESTANTES MÁS, ESTAS DAN SUS OPINIONES Y NO PROPONEN CAMBIOS RELEVANTES, SE CONTACTA CON EXPERTOS Y SE COMUNICA Y SE DECIDE QUE EL CUESTIONARIO ES DEFINITIVO

TABLA 52. MODIFICACIONES EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN.

MODIFICACIÓN	ACCIÓN REALIZADA
PRIMERA	<ul style="list-style-type: none"> - SE MODIFICAN EN EL BLOQUE “PREFERENCIAS” Y “LACTANCIA MATERNA / LACTANCIA ARTIFICIAL” LA FORMA DE REDACTAR EL ENUNCIADO, PERO NO SE AÑADEN LOS SIGNOS DE INTERROGACIÓN - SE MODIFICA EL BLOQUE “HECHOS” (ÚLTIMO BLOQUE QUE SE RESPONDE DESPUÉS DEL NACIMIENTO). SE PONE LAS CASILLAS DE CORREO Y TELÉFONO EN PRIMER LUGAR. SE TRASLADAN PREGUNTAS “TIPO DE PARTO”, “PROBLEMAS DE SALUD MADRE/HIJ@”, “SEPARACIÓN MADRE-HIJ@ AL NACIMIENTO” Y “EDAD DEL NIÑ@ EN MESES CUANDO REGRESA AL TRABAJO”
SEGUNDA	<ul style="list-style-type: none"> - SE ARREGLAN ALGUNAS FRASES QUE NO ESTABAN EXPRESADAS DE FORMA CORRECTA SEGÚN EL LENGUAJE DE GENERO. - EN EL BLOQUE “OPINIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA / LACTANCIA ARTIFICIAL”, SE QUITA EL “NO” A LA PREGUNTA “DAR ALGÚN BIBERÓN AL DÍA NO PERJUDICA LA LACTANCIA MATERNA”, SE QUITA LA VALORACIÓN “ES BUENO... Y SE REDACTA DE OTRA FORMA MÁS ASEPTICA” Y SE AÑADE TEXTO DE ACLARACIÓN AL ITEM “SI LA MADRE Y EL NIÑ@ ESTÁN SEPARADOS SE PUEDE ESTABLECER O CONTINUAR LA LACTANCIA MATERNA” - EN EL BLOQUE “PREFERENCIAS” SE PONE EN INTERVALOS NO MÉTRICOS LAS PREGUNTAS “DURACIÓN EN MESES DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA” Y “DURACIÓN EN MESES DE LA LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTADA” - EN EL BLOQUE “HECHOS SE AÑADIERON LAS PREGUNTAS “PROBLEMAS DE SALUD MADRE / HIJ@”, “TIEMPO EN HORAS QUE PASÓ DESDE EL NACIMIENTO HASTA LA PRIMERA TOMA” E “INCORPORACIÓN AL TRABAJO”, ESTA ÚLTIMA PORQUE EN OCASIONES SE TRABAJABA EN LA GESTACIÓN, PERO LUEGO NO HABÍA INCORPORACIÓN AL TRABAJO.
TERCERA	<ul style="list-style-type: none"> - SE AÑADEN LAS INTERROGANTES A VARIAS PREGUNTAS PARA DISMINUIR CONDICIONANTES EN LA RESPUESTA. - SE AÑADE LA OPCIÓN “NO SABE / NO CONTESTA”. ESTA OPCIÓN ES DEMANDADA POR EL GRUPO PILOTO Y AUNQUE NO SE TIENE EN CUENTA EN LA MODIFICACIÓN ANTERIOR, AL FINAL SE DECIDE INCLUIRLA PARA ABARCAR TODAS LAS OPCIONES POSIBLES. - EN BLOQUE “DATOS MATERNOS” SE AÑADE AL ESTADO CIVIL “SOLTERA”, LA ACLARACIÓN DE QUE ESTE TÉRMINO QUIERE DECIR SIN PAREJA, ADEMÁS SE DEJA LA EDAD CON VALOR MÉTRICO PARA OBTENER DATOS MÁS EXÁCTOS - EN EL BLOQUE “HECHOS” EN LA PREGUNTA “PROCEDENCIA DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL BEBE” SE AÑADEN OPCIONES, ADEMÁS DE PODER ELEGIR OTRAS OPCIONES Y SE MODIFICA EL TEXTO.

6- DISCUSIÓN Y DESARROLLO ARGUMENTAL

Con este estudio se ha pretendido conocer diversos aspectos de la alimentación con lactancia materna, su incidencia y prevalencia, intenciones maternas y grado de cumplimiento, conocimientos maternos, factores de influencia, medios de apoyo e información, herramienta adecuada de recogida de información y sobre todo, si un aumento de información y apoyo sanitario adecuado conllevaba un aumento en la incidencia y prevalencia de la lactancia materna.

6.1- Comparación de las cifras de lactancia materna en esta tesis, España y diversos países

Como se ha visto en los resultados, el 76,2 % de la población de este estudio ha alimentado a su descendencia con lactancia materna exclusiva, el 4,2 % con lactancia mixta y el 19,6 % con lactancia artificial. Es decir, el 80,4 % de la muestra del CHGUV inició la alimentación con alguna cantidad de leche materna. Esta cifra es superior a la recogida sobre la población española en 2011 que fue del 77 %. Este porcentaje hace referencia a los menores de 24 meses españoles que tomaron lactancia natural en algún momento, no necesariamente de forma exclusiva (Centro de Investigaciones de UNICEF, 2017). Se realiza esta comparación porque la cifra de niños o niñas que fueron amamantados alguna vez es uno de los indicadores opcionales de la OMS (OMS, 2009).

En el caso de las maternidades, la IHAN exige que al menos el 75 % de los recién nacidos a término sean alimentados con lactancia materna exclusiva durante toda su estancia hospitalaria en la Maternidad (IHAN-UNICEF, 2016). Este criterio sí ha sido cumplido por las mujeres que participaron en el presente estudio, ya que el porcentaje de la muestra con inicio de la lactancia materna exclusiva ha sido del 76,2 %. No hay ningún caso con inicio de lactancia materna exclusiva y duración inferior a un mes, por lo tanto, esta cifra entra dentro de los criterios de la IHAN. Además, si se observan sólo los datos del binomio madre-neonato que no han tenido problemas de salud perinatales, esta cifra asciende al 78,2 %, cifra parecida a los casos en los que no hubo separación al nacimiento, que se trata del 78,9 %. Ambos datos caracterizan a la población ingresada en la sala de maternidad.

Por otra parte, al contemplar únicamente al grupo de población que recibió información y apoyo adicional, se advierte que el porcentaje de inicio de lactancia materna exclusiva asciende al 89,6 %. Asimismo, si lo que se mira son los casos de mujeres que amantaron alguna vez el porcentaje llega al 90,8 %.

Sin embargo, las mujeres que no tuvieron nada adicional amamantaron con lactancia materna exclusiva el 61,5 % y con cualquier tipo de lactancia el 68,9 %. Estas cifras son compatibles con la idea de que el apoyo y refuerzo adicional a la lactancia materna provoca mayores cifras de lactancia materna, tanto exclusiva como complementada con leche artificial.

Con respecto a la situación de las tasas de lactancia materna en otros países, una revisión de la Biblioteca Cochrane refleja gran diversidad en los países desarrollados. Las cifras oscilan entre el 91-99 % de los países de la península escandinava y del este de Europa, al 34-63 % de Gran Bretaña, Holanda y Francia (34-63 %). España, aunque no está entre los que tiene las cifras más bajas, pertenece a los países que no llegan a las recomendaciones (González Fernández, 2011).

Es importante remarcar que en España y en la mayor parte de los países de todo el mundo, no se dispone de registros similares para todas las zonas y es difícil establecer cifras de inicio y duración de la lactancia materna en las diferentes comunidades de una forma real y actualizada. Este problema ya fue comentado por Hernández Aguilar en 2004 y reiterado, entre otros, por González Fernández (2011), la Asociación Española de Pediatría (2016) y Martínez-Galán, et al. (2017). Este último autor y sus colaboradores extrajeron esta conclusión después de realizar una revisión bibliográfica sobre el tema. La Asociación Española de Pediatría (2016) refiere que en la actualidad los estudios sólo ofrecen una orientación sobre cifras en lactancia materna. Esta misma afirmación se puede apreciar en el documento en que se basa el artículo de la Asociación Española de Pediatría, que fue realizado en 2016 por UNICEF titulado "From the first hour of life. Making the case for improved infant and young child feeding everywhere" (A partir de la primera hora de vida. Promover una mejor alimentación del lactante y el niño pequeño en todo el mundo).

Las causas de falta de cifras de lactancia natural exactas, tanto en las diferentes comunidades autónomas de España, como en los diferentes países, son diversas, pero se relaciona con la necesidad de recursos económicos y humanos (que en muchas ocasiones no están disponibles) y con la realidad de que numerosos estudios se realizan sin tener en cuenta, ni los indicadores que propone la OMS, ni las pautas que indica IHAN-UNICEF sobre cómo obtener estadísticas de lactancia (IHAN-UNICEF, 2016; OMS, 2009). A pesar de todo, sí que se tienen algunos datos que se pueden exponer y comparar con los datos obtenidos en este estudio, como se expone a continuación.

En una investigación realizada por el Centro de Investigaciones de UNICEF en 2017, se evaluó la lactancia materna como parte del bienestar infantil en el entorno del desarrollo sostenible. Esta investigación se realizó en 41 países con nivel medio y alto de recursos pertenecientes a la Unión Europea y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. El problema es que algunos datos son bastante antiguos (ya que no hay cifras más actuales) y no siempre reflejan lactancia materna exclusiva. Entre los datos recogidos aparecen tres de los indicadores de la OMS (dos básicos y uno opcional).

Los datos mencionados señalan que, sobre el hecho de dar LM al menos una vez, hay países que tienen un porcentaje de inicio de lactancia materna muy cercana al 100 %, como Suecia que tiene un 98 %, Chequia un 96 % y, Chile, Noruega y Japón un 95%. Por otro lado, hay países como Irlanda en los que sólo cerca de la mitad de las mujeres inician la lactancia materna de alguna forma, un 55 %, o Francia que tiene un inicio del 63 %, cifra también muy baja. También hay algunos países con ingresos altos y medianos de los que el centro de Investigaciones de UNICEF (2017), no consiguió este dato. Con respecto a España, los datos siguen siendo del 2011 y sigue en una posición intermedia, pero insuficiente. Si se comparan los resultados de esta tesis con el estudio de la OMS también se aprecian cifras inferiores a los países con índices más altos.

Sobre la alimentación con lactancia materna hasta los 6 meses (que es uno de los Indicadores básicos para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS), el Centro de Investigaciones de UNICEF (2017), también recoge una serie de cifras de diferentes países, pero estas cifras tampoco son de lactancia materna exclusiva.

De los países que tenían las cifras más altas de amamantamiento por lo menos una vez en su vida, sólo dos siguen manteniendo las cifras más elevadas en alimentación con lactancia materna a los 6 meses. Estos países son Noruega que tiene una cifra del 71 % y Japón que tiene un 63 %. El resto de los países, pasan a tener porcentajes más bajos, Suecia tiene el 52 %, Chequia el 42 % y Chile el 41 %. España sigue estando entre los países que ni tiene las cifras más elevadas, ni las más bajas, el 47 %. Por otra parte, hay países que tienen cifras muy bajas, como Dinamarca, país en que sólo el 13 % de sus lactantes toman algún tipo de lactancia natural.

En el informe realizado por la UNICEF, en 2016, también se ha observado, en diversos países en todo el mundo, tasas bajas de alimentación con lactancia materna al año de vida del lactante. Destaca que, en general, las tasas de lactancia materna descienden de un 74 % a un 46%, entre los 12 y los 23 meses de edad. Pero las diferencias son muy grandes, hay países del África Subsahariana y del Sur de Asia que tienen cifras del 70 % a los 2 años. En el Este de Asia, Europa Central y del Este, estados independientes Commonwealth y Latino-América-Caribe, viene a ser aproximadamente el 50 % al año de vida y menos del 30 % a los 2 años. Y, aunque no tiene muchos datos, UNICEF estima el 20 % de lactancia materna al año en los países con mayores ingresos, existiendo amplias diferencias según países (27 % Estados Unidos, 35 % Noruega, 16 % Suecia, < 1% Reino Unido) De los dos años no se tienen datos. En esta tesis se ha encontrado un 15,4 % de lactancia materna al año y el 1 % a los dos años.

En otro artículo de Gorrita Pérez (2017), se pueden observar también cifras de lactancia materna, En esta ocasión se trata de lactancia materna exclusiva a los 6 meses en diversas zonas de América. Este artículo se basa en un trabajo realizado por la OPS, publicado, en 2016, en el marco de la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, que refleja una síntesis de porcentajes de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida del lactante en 28 países de América. Destaca, que países como Estados Unidos de América y Canadá, que poseen gran desarrollo en muchos sentidos, tienen cifras de lactancia materna exclusiva muy inferiores a otros países, como Perú, Bolivia y Uruguay, que tienen menor desarrollo. Estos últimos países mencionados, tienen porcentajes muy elevados, Perú con un 72,3 %, seguido de Bolivia

con 60,4 % y de Uruguay con el 57,1 % (65,2 % según Bove y Cerruti, 2011). Estos porcentajes representan una media de la alimentación con lactancia materna exclusiva a lo largo de los 6 primeros meses. Uruguay, por ejemplo, presenta el 89,2 % de inicio. Además, eso se traduce a mejores tasas de lactancia materna en todos los aspectos. Si se sigue con Uruguay, se aprecian tasas de cualquier inicio de lactancia materna del 98 % y de lactancia materna continua de alrededor del 28 % entre los 20 y 23 meses, que incluyen el 37,4 % en algunas zonas del interior y una duración media de la lactancia materna de 9,3 meses, +/- 6,5 meses. También, se aprecia mejoría lenta en las cifras de lactancia materna en los últimos años (Bove y Cerruti, 2007, 2011). Otro estudio afirma que en Cuba la lactancia materna exclusiva es del 48,8 % (Avalos González, Mariño Membribes y González Hidalgo, 2016). Por el otro lado, encontramos países, como Suriname, con un porcentaje muy bajo, del 2,8 % y, la República Dominicana, que tiene un 6,7 % (Bove y Cerruti, 2011). A su vez, una investigación, halló en Chile unas tasas de lactancia materna exclusiva a los 6 meses del 56,3 %, con zonas del 44 % y zonas del 65 % (Rosso, Skarmeta y Sade, 2013).

Se puede afirmar que muchos de los países en desarrollo dejan la lactancia materna antes de las recomendaciones mundiales, pero hay que señalar que muchos de los países de ingresos altos tienen cifras aún más inferiores. Unicef (2016) expone que, si se valoran las tasas de LM según los ingresos económicos del país, en general, se aprecia que las tasas más altas de lactancia materna se dan en los países con menores recursos y, que, a nivel mundial, menos de la mitad de los bebés menores de 6 meses de edad se alimenta exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida.

Al observar los datos obtenidos en esta tesis sobre la duración de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y compararlos con los datos de lactancia materna exclusiva de algunas regiones de América, se aprecia que se corresponden con los países con resultados más bajos. De los 28 países del estudio de la OPS, la población de esta tesis se situaría en el lugar 25 con el 13,5 % (aunque con el 55,6 % de lactancia materna complementada). Sólo Trinidad Tobago, con 12,8 %, República Dominicana, con 6,7 % y Suriname, con 2,8 % tienen cifras más bajas de lactancia materna exclusiva a los 6 meses

que la población de esta tesis. Los países con cifras más altas han sido Perú con el 72,3 %, Bolivia, con el 60,4 %, Uruguay, con 57,1 % y Guatemala, con 49,6 %.

Por otra parte, un estudio del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, (2011) señala una tasa de lactancia materna exclusiva del 19,2 % en menores de 6 meses. En este documento se afirma que en ese periodo había países con cifras de lactancia materna exclusiva, en menores de 6 meses, más elevadas que en España, como, la república de Corea, que con un 37,4 %, era el país que más porcentaje tenía de los observados, seguido de Australia que tenía un 32 %, Nueva Zelanda con un 31 % y Tajikistán con un 25 %. Por el lado contrario, se observa que había países con índices inferiores, como Italia con 4,7 %, Rusia con 5,2 %, Ucrania con el 6 % y Noruega con el 7 %.

Otro estudio sobre tasas de lactancia materna en diferentes países refiere que Australia y Nueva Zelanda mantienen en los últimos años cifras de 80 %, 50 % y 20 % al nacimiento, 3 y 6 meses, respectivamente frente al 76,20 %, 64,60 % y 13,50 % de la población de esta tesis. Este estudio también alude a que, en casi todos los países del África subsahariana, las cifras de lactancia materna exclusiva son inferiores al 20 %, pero que países como Senegal, República Centroafricana, Niger y Nigeria presentaban cifras inferiores al 5 %. Sobre los países europeos y americanos los datos de este estudio concuerdan con los estudios mencionados anteriormente (Gorrita Pérez, 2014).

Una investigación diferente afirma un porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, del 21 % en China, del 17 % en Nigeria, del 42 % en Indonesia, del 31 % en México y del 55 % en India. Pero esta investigación apunta a que en todos estos países hay muchas pérdidas evitables de salud que se producen incluso con cifras altas de lactancia materna exclusiva, como es el caso de India, que, aunque su lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses es del 55 % la primera toma se retrasa demasiado y eso perjudica la salud (Global Breastfeeding investment case, 2017).

Otra revisión sistemática y metaanálisis mostró que, en general, a nivel mundial, donde los lactantes consumen más lactancia materna al año de vida es en los países del África subsahariana, el sur de Asia y varios países de América Latina. También se vio que,

al año de vida, los países con más ingresos tienen menos porcentajes de lactancia materna, la mayoría por debajo del 20 % y con grandes diferencias entre países. La población de esta tesis sigue esa tendencia, ya que es del 15,4 %. Aunque entre estos países hay grandes diferencias, por ejemplo, Reino Unido presenta menos del 1 %, E.E.U.U, el 27 %, Noruega el 35 % y Suecia el 16 %. Por otra parte, no se encontró mucha información, ni sobre el inicio temprano, ni sobre la lactancia materna exclusiva, ni sobre la lactancia materna continuada a los dos años. Esta revisión señala, además, a tres países con tasas inferiores al 80 % de inicio de lactancia materna en algún momento y, estos países son: Francia, España y los E.E.U.U. La población de esta tesis la supera levemente este porcentaje de inicio de lactancia materna (80,4 %). También se indica la tendencia que tienen las personas más pobres a amamantar por más tiempo en todos los países. Sin embargo, el inicio temprano y la lactancia materna exclusiva, en general, fue bajo en todos los entornos. En la falta de inicio de lactancia materna temprano la población de esta tesis coincide con la tendencia mundial, con una media de 5,56 horas (Gillespie, et al., 2016).

6.2- Comparación de las cifras de lactancia materna de esta tesis con España y sus regiones

Los últimos datos sobre alimentación infantil que recogió el Instituto Nacional de Estadística (INE) son del año 2012. En general, presentan índices de lactancia materna exclusiva a los 6 meses más elevados que en los años anteriores.

Los datos recogidos en la encuesta del INE coinciden con el estudio realizado en esta tesis en que hay una mayor tendencia a alimentar con lactancia natural al principio de la vida del niño, con un llamativo descenso de la alimentación natural conforme pasan los meses.

En los datos del INE también se recogen los porcentajes de lactancia materna, artificial y mixta a las 6 semanas y los tres meses. Estos datos, aunque no pertenecen, ni a los indicadores básicos, ni a los opcionales utilizados por la OMS para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño, se van a observar y comparar

con los resultados obtenidos en esta tesis y con los resultados obtenidos en otros estudios y/o encuestas porque se considera que puede ser interesante ver la evolución de los porcentajes desde el nacimiento hasta los 6 meses.

Con respecto a la lactancia materna exclusiva a las 6 semanas, en esta tesis se ha encontrado un porcentaje 72,3 %, de lactancia materna exclusiva, frente al 66,2 % que detectó el INE en la encuesta del año 2012 (fecha que no difiere mucho de los años en que se recogieron los datos de esta tesis). Asimismo, se detectó que el 72,4 % de las mujeres encuestadas a las 6 semanas estaban dando algún tipo de lactancia materna, frente al 78,5 % que se detectó en la muestra de mujeres de esta tesis.

Si se observa la lactancia materna a los 3 meses se aprecia que el INE refiere un porcentaje de lactancia materna exclusiva de 53,6 % y, en la muestra de esta tesis, se ha encontrado una lactancia materna exclusiva de 64,6 %. Hay que señalar que en los datos expuestos del INE a los 3 meses hay un pequeño error de redondeo, ya que si se suman todas las cifras ofrecidas se obtiene el 100,1 %, en vez del 100 % de la población.

Con respecto a todos los tipos de lactancia materna el INE refleja un porcentaje de cualquier tipo de lactancia materna a los 3 meses del 66,5 %, mientras que la muestra de este estudio ha mostrado un 74 %.

Con relación a lo observado por el INE y lo observado en la muestra de este estudio se puede afirmar que todos los porcentajes de alimentación con cualquier forma de lactancia materna son superiores en la muestra de esta tesis. Esto podría deberse a que en el grupo del estudio al que se le aportó información y apoyo adicional se han dado cifras más altas de inicio y duración de la lactancia materna. Sin embargo, los porcentajes de alimentación con lactancia materna exclusiva son mayores en la muestra de este estudio, excepto cuando se habla de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, como ya se ha mencionado.

La principal fuente de información del INE sobre el número de lactantes alimentados al pecho son las encuestas de salud por entrevista. Según afirmó el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2015, en España hay una tendencia creciente desde 1995.

Dentro de España existen numerosas variedades con respecto a los porcentajes de inicio y duración de la lactancia natural, pero como este estudio se ha realizado en la comunidad valenciana, a continuación, se van a observar si existen diferencias o similitudes con un estudio editado por la Generalitat Valenciana. “Conselleria de Sanitat” en 2012, titulado “Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2010”.

En la muestra de esta tesis se ha obtenido un 75,2 % de alimentación con lactancia materna exclusiva a las cuatro semanas, mientras que, en la encuesta de la Comunidad Valenciana del año 2010, se obtuvo el 61 %. A la vez, los porcentajes que incluyen cualquier forma de lactancia materna en la muestra de esta tesis son del 79,7 % y en la encuesta de la Comunidad Valenciana del 72,1 %.

Con respecto a los 3 meses, en la muestra de esta tesis se ha encontrado una lactancia materna exclusiva de 64,6 % y en la muestra de la encuesta de la Comunidad Valenciana se dio el 45,8 %. Con respecto a cualquier tipo de lactancia materna a los 3 meses, en la muestra de este estudio se dio el 74,3 % y en la encuesta de la Comunidad Valenciana se dio el 59 %.

Por último, a los 6 meses de vida del lactante, en la muestra de esta tesis se ha observado el 13,5 % de lactancia materna exclusiva, frente al 29,7 % que se aprecia en la encuesta de la Comunidad Valenciana del 2010. Y, por otra parte, se ha observado el 55,6 % de cualquier tipo de lactancia materna en la muestra de este estudio frente al 42,3 % que se dio en la población de la encuesta de la Comunidad Valenciana del 2010.

Por todo lo referido se puede afirmar que pasa lo mismo que se observó cuando se compararon las cifras de la encuesta de Salud realizada a toda España por el INE en 2012 y las cifras de la muestra de este estudio y era que, en todos los porcentajes de alimentación con cualquier forma de lactancia materna eran superiores en la muestra de esta tesis y los porcentajes de alimentación con lactancia materna exclusiva también eran mayores en la muestra de este estudio, excepto los de lactancia materna exclusiva a los 6 meses.

Dentro de España, según la zona de residencia, las cifras de alimentación con lactancia materna varían mucho de unas regiones a otras, puede haber diferencias de

más del 30 % entre unas y otras, aunque parece ser que en todas van aumentando, aunque sea ligeramente en los últimos años. Esto se puede observar en el trabajo realizado por el (Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 2010).

En Andalucía se puede observar, salvo excepciones concretas como la lactancia materna exclusiva en las primeras 6 semanas o en datos concretos de algunas provincias, que en los últimos años los porcentajes de alimentación natural eran algo más elevados que en años anteriores. Se obtuvo un porcentaje del 61,65 % de lactancia materna exclusiva en las 6 primeras semanas de vida del lactante y el 74,55 % de todas las formas de lactancia materna; un 10,65 % menos que la población estudiada en esta tesis, en el caso de lactancia materna exclusiva y un 4,04 % menos, en el caso de lactancia materna complementada. Por otra parte, la población andaluza a los 3 meses registró en la encuesta señalada un porcentaje de lactancia materna exclusiva del 42,75 % y de lactancia materna de cualquier tipo del 62,10 %, porcentajes que también son inferiores a los logrados por la población de esta tesis. En concreto, en el caso de la lactancia materna exclusiva la población andaluza reflejó un 21,85 % menos que la población de esta tesis y un 12,2 % menos en el caso de todas las variedades de lactancia materna. Por último, se halló un porcentaje de lactancia materna exclusiva del 25,4 % y un porcentaje de toda forma de lactancia materna del 51,1 %, lo que da, un 11,9 % más en el caso de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y un 4,5 % menos en la opción de cualquier modo de lactancia materna (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

Dentro de Andalucía se encuentran variaciones por provincias. En general, la provincia de Jaén fue donde se observó mayor porcentaje, el 72,3 % en las 6 primeras semanas de vida (porcentaje algo más bajo que la muestra de esta tesis). Aunque otro estudio asigna a Jaén cifras de lactancia materna exclusiva, del 77,55 % al nacimiento, pero del 65,31 % al alta. Por el contrario, la provincia con menor porcentaje de lactancia materna exclusiva fue Huelva, con el 41,9 %. A la vez, la provincia de Almería fue la que tuvo mayor porcentaje de alimentación con pecho los 3 y 6 primeros meses de vida, con un 54,9 % y 41,5 % respectivamente, y Huelva, la que menos con el 21,1 % y 19,3 % respectivamente (junto con Córdoba sólo en la opción en los 6 primeros meses que

coincide en porcentaje). Al comparar las cifras de las provincias de Andalucía con las cifras de la muestra de esta tesis, se siguen viendo cifras más altas en la población de esta tesis en todos los porcentajes de alimentación con lactancia natural, excepto en la lactancia materna exclusiva a los 6 meses. (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013; Ruiz Poyato y Martínez Galiano, 2014).

Otra de las comunidades autónomas de España que se puede observar y que es muy interesante porque tiene datos muy recientes, es Canarias. El Instituto Canario de Estadísticas (ISTAC) en 2016 proporcionó los resultados comparados de 2004, 2009 y 2015. En general, en Canarias también se cumple una mayor incidencia de alimentación al pecho en la última encuesta (exceptuando datos puntuales como la lactancia materna exclusiva a las 6 semanas que tenía porcentajes superiores en 2009).

En relación con los datos de alimentación natural hasta las 6 semanas, se encuentran porcentajes del 67,74 % en lactancia materna exclusiva y el 83,5 % de todo tipo de lactancia. En el estudio de esta tesis a las 6 semanas se ha hallado un 4,56 % más en el inicio de la lactancia natural exclusiva, pero un 4,91 % menos de todo tipo de lactancia. Con respecto a los porcentajes hasta los tres meses las cifras son similares, en la encuesta de Canarias se dio el 63,72 % de lactancia materna exclusiva, apenas el 0,88 % menos que en la población de esta tesis y el 75,89 % de todo tipo de lactancia, el 1,59 % más que en la muestra de esta tesis. En relación a los porcentajes hasta los 6 meses en Canarias se dio el 55,18 % de lactancia materna exclusiva, un 41,68 % más que en la muestra de esta tesis y el 68,27 % de todo tipo de lactancia, que supone un 12,67 % más que en la muestra de esta tesis y por último los porcentajes de lactancia materna exclusiva en menores del año la encuesta de Canarias afirma la existencia del 25,84 %, a pesar de que hay unanimidad de las organizaciones y expertos involucrados en la alimentación infantil de la necesidad de introducción de alimentación complementaria a los 6 meses. En esta tesis no se ha analizado este dato por esa razón. Lo que sí se ha analizado es el porcentaje de muestra que al año toma lactancia materna complementada y es un 15,4 %, frente al 20,94 % que refleja la encuesta de Canarias, que si se junta con el porcentaje de lactancia materna exclusiva se llega al 46,78 % de algún tipo de alimentación con lactancia materna. Por lo tanto, en general, la población

de la comunidad de Canarias presenta cifras más elevadas de alimentación natural que la población de este estudio, pero el porcentaje de alimentación con lactancia exclusiva en menores de un año que expone la encuesta puede generar dudas de si los datos se han recogido de forma similar a la de esta tesis y otros estudios y si se refiere a lo mismo, ya que abarca un periodo de tiempo en vez de una fecha concreta.

En Cantabria, en 2006, se puede observar la Encuesta de salud de Cantabria (ESCAN), realizada por la Consejería de Sanidad del gobierno de Cantabria. En esta encuesta se obtuvieron cifras inferiores a las obtenidas en este estudio. De lactancia materna exclusiva a las 6 semanas se dio el 66,4 % (5,9% menos), de la lactancia exclusivamente natural a los 3 meses el 45,9 % (18,7 % menos) y el 19,4 % (15,9 % más).

En Cataluña, en el año 2010, la prevalencia de la lactancia materna también mejoró con respecto al año 2005. Se obtuvieron unos porcentajes del 81,8 % (1,4 % más que en la muestra de esta tesis) al nacimiento. El 70,1 % (el 4,2 % menos que la muestra de esta tesis) a los 3 meses, el 45,9 % (9,7 % menos que la muestra de esta tesis) a los 6 meses, el 31,3 % a los 9 meses y el 21,7 % (6,3 % más que la muestra de esta tesis) al año de vida del lactante. En este documento también se señala que las intervenciones de promoción de lactancia natural en la comunidad catalana, en las que se han implicado a todos los agentes de salud ha sido una estrategia fundamental para conseguir los resultados que se han obtenido, además de la gran aceptación de las madres con respecto a los materiales divulgativos, que han tenido en cuenta la diversidad cultural y las características de las mujeres (Generalitat de Cataluña, 2011).

La III Encuesta de Salud para Asturias 2012-13 se analizó también la lactancia materna, pero mediante un estudio retrospectivo en el que se les preguntaba a todas las mujeres la forma de alimentar a sus hijos, con una media de tiempo transcurrido desde el nacimiento de su último hijo de 26,1 años (desviación típica de 16 años). El documento elaborado a partir de este estudio refiere que La Encuesta Nacional de Salud del año 2011 obtuvo unos porcentajes muy parecidos para el conjunto del territorio nacional y para la III Encuesta de Salud para Asturias, (aunque la población estudiada no es la misma ni ha tenido descendencia en la misma época). En la III Encuesta de Salud para Asturias, si no se toma como referencia la edad materna, si no el periodo de tiempo

transcurrido desde el último parto, el dato interesante es que se observan cifras muy similares en los partos recientes, de hace menos de 10 años, y aquellos de hace más de 30 años (en los años intermedios son bastante más bajas). En el primer caso se da una lactancia materna exclusiva del 56,7 % y 67,9 % todos tipos de lactancia y 58,2 % de lactancia materna exclusiva y 70 % de todos tipos de lactancia, ambos grupos con cifras menores a las conseguidas por la población de esta tesis, entre algo más del 16,3 % y el 10,69 % (Margolles Martins y Donate Suarez, 2013, 2014).

En contrapartida, en Navarra, por ejemplo, en el año 2006, se encuentran índices del 89 % de lactancia materna al nacimiento y, del 78,2 % de lactancia materna exclusiva. Lactancia materna exclusiva a las seis semanas es del 63,4 %; a los tres meses del 55,4 %, y a los seis meses se reduce al 14,6 %. El Gobierno de Navarra, mediante Orden Foral, de 28 de enero de 2004, se ha unido a las múltiples iniciativas administrativas que están surgiendo en nuestro entorno para la promoción de la lactancia materna, mediante la constitución de la Comisión Asesora Técnica para la Promoción de la Lactancia Materna en Navarra. (Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 2010)

En un estudio realizado a la población de Guipúzcoa se halló un 84,8 % de lactancia materna exclusiva al nacimiento, un 53,7 % a los 4 meses y un 15,4 % a los 6 meses, porcentajes algo superiores a los obtenidos de la muestra de esta tesis (Oribe et al., 2014).

También se observa un estudio realizado en Castilla y León, con índices algo más superiores aún, 82,7 % de inicio de lactancia materna exclusiva y 8,60 % mixta, cifras bastante parecidas a las obtenidas para la muestra de este estudio. Pero, con lactancia materna exclusiva al mes, sólo llegó el 36,5 % y la duración media fue de lactancia materna fue de 3,9 meses y 4,6 meses de lactancia materna exclusiva y todas, respectivamente (Sacristán Martín, Lozano Alonso, Gil Costa, M. y Vega Alonso, 2011).

En Aragón se conocen datos inferiores, al tratarse de cualquier tipo de lactancia materna, ya que es del 82,5 % al nacimiento, del 71,8 % a los tres meses, del 54,36 % a los 6 meses y del 27,8 % al año (Cuadrón et al, 2013).

Faltan datos más recientes y detallados, para averiguar la situación actual en España y sus diferentes comunidades autónomas (porcentaje de inicio de lactancia, duración media de la lactancia materna exclusiva en España...) y, también faltan datos que indiquen si lo que se está realizando hasta la fecha tiene alguna efectividad. La evaluación de la lactancia materna no es siempre un dato prioritario ni en las encuestas de salud, por ejemplo, en la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2014, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), que es la parte española de la European Health Interview Survey, EHIS y las encuestas de salud anuales de Cataluña posteriores a la del año 2010 (Hernández Aguilar y Soriano Faura, 2016; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

6.3- Aspectos que pueden influir en el inicio y duración de la lactancia materna

En el año 2013, con motivo de la Iniciativa Mundial de la Lactancia Materna (IMLM), se realizó en España la Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia. Esta encuesta está basada en un estudio observacional transversal con datos recogidos mediante un cuestionario estructurado pasado a 569 madres con hijos menores de 2 años. El cuestionario fue elaborado por el Grupo de Trabajo Español de la iniciativa “The Global Breastfeeding Initiative”, proyecto, que surgió de la colaboración entre “Excellence in Pediatrics y el Phillips Center for Health & Wellbeing”.

En un principio, en 2013, se presentaron unos primeros resultados en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad español y días después se publicó un resumen de resultados. Con posterioridad, se elaboró un informe más amplio de los resultados de esta encuesta que fue publicado en 2016 bajo el título “Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación con la lactancia materna” (Díaz-Gómez, De Alba et al., 2013; Díaz-Gómez, Ruzafa-Martínez, Ares, Espiga y De Alba, 2016).

En este estudio sobre hábitos de lactancia se investigan aspectos como la percepción de la mujer a la hora de iniciar y mantener o no la lactancia, en referencia a

motivaciones, experiencias, obstáculos y barreras sociales y/o laborales, y se alude a la escasez de investigaciones previas sobre estos temas.

Esta tesis objeto de lectura, en base a la bibliografía consultada, apoya la afirmación de falta de información científica de estos aspectos. Con la encuesta diseñada y utilizada en esta tesis se ha aportado esta y otra información necesaria para poder cubrir todos los objetivos de esta investigación y que se ha visto que no recogen otras encuestas, hecho que ha demostrado la utilidad y validez de la encuesta.

6.3.1- Características de la población

Como se ha señalado, la encuesta del estudio sobre hábitos de lactancia no aporta toda la información que sí recoge la encuesta de esta tesis, pero tiene algunos aspectos comunes que se van a comparar a continuación.

La edad materna en la muestra de la encuesta sobre hábitos de lactancia es de 32,5 años con una desviación típica de 4,6 años, mientras que la edad materna de esta tesis es de 32,2 años y una desviación típica de 5,76 años. Aunque la muestra materna es similar, la diferencia principal entre ambos estudios radica en que en la muestra de la encuesta sobre hábitos de lactancia los menores objeto del estudio cuando se realiza la encuesta tienen una edad media de 12,9 meses, con una desviación típica de 6,8 meses, mientras que la muestra de menores de esta tesis al inicio del estudio aún no ha nacido. En la población de esta tesis a mayor edad materna mayor duración de lactancia materna, aspecto que no se refleja en los resultados de la encuesta, pero que coinciden con lo que comentaba Hernández Aguilar, M. T en un artículo publicado en 2004 y con un estudio de Cárdenas, Montes, Varón, Arenas y Reina en 2010.

Con respecto al estado civil en la encuesta sobre hábitos de lactancia el 80 % tiene pareja estable (el 10,4 % menos que la muestra de esta tesis), el 8,1 es soltera (0,3 % menos que la muestra de esta tesis), el 0,9 % está divorciada (0,4 % menos que la muestra de esta tesis) y del 12 % no se conoce el estado civil, por lo tanto, se puede

afirmar que los porcentajes de mujeres según el estado civil son similares en ambos estudios.

Tenían hijos o hijas anteriores el 49,6 % (el 8,8 % menos que la muestra de esta tesis).

En referencia al nivel de vida, los resultados expuestos en los documentos derivados de esta encuesta se basan en datos como la clase social y los ingresos en el hogar, pero esta tesis en vez de estos datos recogió el nivel de estudios maternos porque son datos que se declaran con más facilidad (según se comprobó en la validación) y se consideraron que era más relevante el nivel cultural que el económico. En la encuesta sobre hábitos de lactancia la mayor parte era de clase social media (36,9 %), seguida de la clase media baja (31,1 %) y media alta (18,6 %), el resto es la clase alta y por último la baja. Además, la mayoría (47,1 %) tenía ingresos inferiores o iguales a 2.000 euros, ya que hay un 12 % de casos con ingresos desconocidos. La muestra de esta tesis presentó similitud si se compara clase social con estudios, se dio mayor porcentaje en los estudios medios, seguidos de los obligatorios. Martínez Galiano y Delgado Rodríguez (2013) también encuentran relación entre mayor educación y mejores cifras de lactancia materna. En el informe de UNICEF (2016) se refleja que, a nivel mundial, cuando se observan los índices de lactancia materna según las clases sociales de los diferentes países, en los países más pobres, las clases sociales con mayor duración de lactancia materna son las que tienen los índices económicos más bajos, mientras que en los países que tienen más recursos las clases socio-económicas más altas y con mejores niveles educativos son las que tienen mayores índices de inicio y duración de lactancia materna. Los trabajos de Hernández Aguilar, 2004 y Horta et al., 2007 coinciden con esta afirmación. Este hecho contrasta con la forma que se inició el abandono de la lactancia materna y el modo en que empezó a recuperarse. Como recordatorio hay que indicar que ambas cosas se iniciaron en los países más desarrollados y en las clases sociales urbanas con más recursos y se extendió primero a las clases sociales urbanas pobres, luego a las clases sociales aventajadas del mundo rural y, por último, a las clases rurales más pobres. Todo este proceso se extendió a países menos ricos cada vez y con el mismo

esquema (González Fernández, 2011; Lawrence y Lawrence, 2007; Martínez Fernández et al., 2003).

Por lo que concierne al trabajo fuera del hogar, la muestra de la encuesta sobre hábitos de lactancia presentó un porcentaje del 57,5 % de mujeres que trabajaban fuera del hogar y la muestra de esta tesis un porcentaje similar, del 59,8 %.

Con respecto a las posibles variaciones en el tipo de alimentación infantil causadas por las características materna, si se observa la edad, en la encuesta española sobre hábitos de lactancia no se encuentran diferencias, pero en esta tesis sí se encuentran, ya que se ha comprobado que, a mayor edad, mayor duración con valor estadísticamente significativo de todos los tipos de lactancia materna.

Con relación al estado civil, se ha observado que las mujeres viudas o divorciadas son las que más porcentaje de inicio de alimentación con lactancia materna tienen y las que han dado más meses lactancia materna, seguidas de las que tienen pareja estable. Se puede deber a que sólo hay 4 casos de mujeres viudas o divorciadas y puede ser que sea una circunstancia concreta de las personas incluidas en esta tesis con esas características. Podría ser conveniente en un futuro, investigar más sobre este aspecto, ya que, por el contrario, diversos autores destacan que el apoyo familiar tiene un efecto positivo en las cifras de lactancia materna, en especial la existencia de pareja estable (Gorrita Pérez, Ortiz Reyes, Alfonso Hernández, 2016; Ruiz Poyato y Martínez Galiano, 2014).

Sobre los estudios maternos, los dos artículos consultados que dan los datos de la encuesta española sobre hábitos de lactancia no dicen nada al respecto, pero sí refieren edad más precoz de destete en familias con menores ingresos económicos y, la encuesta del Instituto Nacional de Estadística de España, 2011-2012, muestra menor índice de lactancia materna exclusiva en la clase media, en menores de 6 semanas, 3 meses y 6 meses y un mayor porcentaje de lactancia mixta en la clase más alta a las 6 semanas, en la clase media a los tres meses y en la clase media alta a los 6 meses.

En la encuesta Andaluza de Salud (2011-2012), realizada por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía, editada en el año 2013, refiere una leve tendencia a que los hijos e hijas cuyos progenitores tenían estudios universitarios o pertenecían a la clase social superior, se alimentaron con lactancia materna en mayor porcentaje. Sin embargo, en la III Encuesta de Salud para Asturias 2012-13 realizada por la Consejería de Sanidad de Gobierno del Principado de Asturias las madres que poseen estudios medios y universitarios escogieron con mayor frecuencia la lactancia mixta respecto a las que declaran estudios inferiores y, las mujeres de la clase menos favorecida son las que en mayor medida refieren haber dado lactancia materna a sus hijos / as.

El problema es que esta encuesta no se puede comparar con exactitud, ni con esta tesis, ni con el resto de los estudios y encuestas observados porque la muestra de mujeres a las que se le ha realizado tiene unas características muy diferentes. Se les ha realizado a mujeres residentes en Asturias que tienen una media de tiempo transcurrido desde el nacimiento de su último hijo de 26,1 años, por lo tanto, abarca mujeres de diferentes realidades económicas y socioculturales si se observa el periodo en el que estaban alimentando a lactantes. En esta tesis lo que se halla, a diferencia de las mujeres de la encuesta de Asturias, (con diferencia estadísticamente significativa), es edad más precoz de destete en la muestra con ausencia de estudios. Se da la circunstancia que hay coincidencia con la encuesta Andaluza de Salud en que, a mayor nivel de estudios, y por lo tanto de conocimientos, mayor porcentaje de inicio y duración de lactancia materna tanto exclusiva, como complementada. Este hecho podría deberse a que las mujeres que están dando lactancia materna en los últimos años, al tener más conocimientos en general, también tengan más conocimientos sobre lactancia materna y por eso tengan mejores cifras de alimentación con esta lactancia. Esto coincide con la tendencia antes mencionada que señala que en los países con buenos recursos económico las mujeres que más lactan son las que mayor nivel académico y / o social tienen.

6.3.2- Comparación de la incidencia y prevalencia de la lactancia materna

Las cifras obtenidas en la encuesta sobre hábitos de lactancia son los siguientes:

- El 11,9 % no ha dado nunca nada de lactancia materna, mientras que el 88,1 % había dado el pecho alguna vez (el 7,7 % más que la muestra de esta tesis).
- 3 meses lactancia materna exclusiva 53,1 % (11,5 % menos que la muestra de esta tesis) de toda forma de lactancia materna 69 % (5,3 % menos que la muestra de esta tesis)
- Entre los 4 y 6 meses 18 % exclusiva (4,5 % más que la muestra de esta tesis, aunque esta tesis recoge la cifra a los 6 meses) y 38 % de toda forma de lactancia materna (17,6 % menos que en la muestra de esta tesis a los 6 meses).
- El 33 % dio cualquier tipo de lactancia entre los 7 y 12 meses, frente al 15,4 % que da la población de esta tesis a los 12 meses.
- El 18 % dio lactancia materna entre los 18 y 24 meses, en esta tesis tan sólo dio lactancia materna el 1 % de la población estudiada en esta tesis que llegó con algún tipo de lactancia materna a los 24 meses.
- La edad media del destete es de 6 meses, edad que coincide con la población de esta tesis, que es de 6,09 meses (con una desviación típica de 4,93 meses).

Los datos de esta tesis en los primeros 6 meses de vida son la mayor parte superiores (salvo alguna excepción) cuando se comparan con los datos recogidos en otros estudios o encuestas de salud, excepto en la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, hecho que puede deberse a que gran parte de la población estudiada en esta tesis siga la recomendación de introducción progresiva de alimentos a los 6 meses.

Llama la atención que los primeros datos de la encuesta sobre hábitos de lactancia publicados en el año 2013 señalan cifras de lactancia exclusiva entre 7 y 12 meses del 13 %, 13 y 18 meses del 10 %, y de 19 a 24 meses del 9 %, cuando la recomendación de lactancia materna exclusiva por la gran mayoría de expertos y

organizaciones sanitarias es hasta los 6 meses, como reafirmó la OMS en febrero de 2015, en junio de 2016 y en febrero de 2017, ya que a partir de esta edad se ha demostrado que la lactancia materna exclusiva ya no cubre todas las necesidades infantiles. También UNICEF, en su informe del año 2016, insiste en que la introducción tardía (después de 6-8 meses) de alimentos diferentes a la leche pone en riesgo el crecimiento y el desarrollo del niño, al igual que si se produce a los 4-5 meses (con esto coinciden numerosos autores Parrilla Gil, 2014; Perdomo Giraldi y De Miguel Durán, 2015, etc.). Por otra parte, sí que se aprecia menor continuación en la muestra de esta tesis de cualquier tipo de lactancia a partir de los 6 meses si la comparamos con la encuesta sobre hábitos de lactancia.

6.3.3- Motivos para no dar lactancia materna

Sobre el motivo principal de no dar el pecho se encuentran una serie de datos en la encuesta nacional sobre hábitos de lactancia y, aunque se basan en el mismo estudio, se encuentra dos primeras opciones diferentes.

Según Díaz-Gómez, De Alba, et al., 2013, la primera causa de no alimentar con lactancia materna en la población de la encuesta nacional sobre hábitos de lactancia fue haber tenido problemas con la lactancia o lactancias anteriores. Este aspecto se valora también en esta tesis. En esta tesis el 63,4 % de la población no tenía experiencia en lactancia materna, el 26 % la tenía positiva y el 10,6 % tenía una experiencia negativa. En cuanto a las intenciones maternas con respecto a la lactancia materna según la existencia de hijos o hijas anteriores y, por lo tanto, con experiencia en algún tipo de alimentación infantil, se encontró que haber tenido otras hijas o hijos no tiene efectos estadísticamente significativos en el tipo de lactancia elegida y, cuando se relacionó la existencia de hijos o hijas anteriores con el inicio de los dos tipos de alimentación, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas, al igual que tampoco se encontraron con respecto a la duración de la lactancia materna, tanto exclusiva, como complementada. Con respecto a las mujeres con experiencia anterior negativa en esta tesis, no se encontró que todas las mujeres que tenían experiencia

anteriores negativas no dieran lactancia materna, pero sí un menor número de casos que la iniciaron y una menor duración de la lactancia tanto exclusiva como complementada con una diferencia estadísticamente significativa. Se pudo ver que los casos que tenían más porcentaje de inicio de lactancia materna (91,4 % de exclusiva y 96,3 % de todo tipo) habían tenido experiencias anteriores positivas, seguidas de las que no tenían experiencia (74,6 % de exclusiva y 78,7 % de todo tipo) y, por último, del grupo de mujeres con experiencias negativas, en las que se encontró un porcentaje del 48,5 % de lactancia materna exclusiva y del 51,5 % de todas las lactancias. Se observó que la mayor duración se daba en mujeres con experiencias positivas anteriores (3,90 meses de exclusiva y 8,01 de complementada), seguido de las que no tenían experiencia (2,87 de exclusiva y 5,75 de complementada) y, por último, las que habían tenido experiencias negativas (1,82 de exclusiva y 3,33 de complementada). De este hecho se puede deducir que, aunque existan experiencias negativas anteriores, existe la posibilidad de que se dé lactancia materna y posiblemente esta posibilidad aumentase con mayor soporte sanitario y del entorno, ya que estas mujeres requieren atención especial en este aspecto.

Si se observa el motivo principal de no dar el pecho que refiere Díaz-Gómez, Ruzafa-Martínez, Ares, Espiga y De Alba en el documento publicado en 2016 (que se refiere a la misma encuesta nacional sobre hábitos de lactancia), se ve que en primer lugar está la incorporación laboral inmediata, además, el 50,5 % de la población consideró que la vuelta al trabajo había afectado negativamente la alimentación con lactancia materna mucho o bastante, también fue el primer motivo de inicio de lactancia mixta y el segundo motivo se suspensión de lactancia materna (después de la baja producción de leche). La muestra de esta tesis trabaja fuera de casa en un porcentaje del 59,8 %, la muestra de Díaz-Gómez et al. (2016) en un 57,9 % (el 1,9 % menos). La diferencia con la muestra de la encuesta sobre hábitos de lactancia es que la muestra de mujeres de esta tesis que trabajan fuera del hogar han iniciado la lactancia materna exclusiva en un porcentaje más elevado con diferencia estadísticamente significativa que las mujeres que no trabajan fuera de hogar; el 80,6 % frente al 69,6 % y, con respecto a todo inicio de lactancia (exclusiva y complementada), también el porcentaje

de inicio en mujeres trabajadoras es superior al de las no trabajadoras, aunque en este caso la diferencia no es estadísticamente significativa. Sí que es verdad que, en esta tesis, al igual que en la encuesta española sobre hábitos de lactancia y el estudio de Oribe et al, 2014, con respecto a la duración, se ve una posible influencia negativa en la incorporación temprana al trabajo. Con excepción del único caso que empezó a trabajar al mes, hasta los ocho meses de edad del menor, a mayor edad de incorporación, mayor duración de la lactancia materna exclusiva. Se ha visto una correlación de $p < 0,01$ entre la edad del lactante a la incorporación laboral materna y la duración de la lactancia materna exclusiva. También se ha observado una duración mayor de todo tipo de lactancia (con valor estadísticamente significativo, $p < 0,05$) y de lactancia materna exclusiva (sin valor estadísticamente significativo, $p > 0,05$) en las mujeres que se incorporaron al trabajo en comparación con la que no.

En segundo lugar, este estudio apunta a la falta de recomendación o de apoyo de los profesionales sanitarios. Esta percepción de falta de apoyo lo percibió un 32,4 % de las mujeres encuestadas en 2013 sobre los hábitos de lactancia en España. Si comparamos este estudio con los resultados obtenidos en esta tesis se ve una coincidencia en la importancia de la información y apoyo del personal sanitario. En esta tesis, el 83,9 % de las personas que participaron en el estudio, afirmó haber recibido información sobre alimentación infantil procedente del personal sanitario, es la procedencia de información mayoritaria y, en las mujeres encuestadas sobre los hábitos de lactancia en España es la influencia principal. Un estudio de Sacristán Martín et al. (2011) refiere un abandono de lactancia materna del 20 % por consejo sanitario. Si se relaciona la procedencia de la información que poseen las madres sobre la alimentación del lactante y la duración de la lactancia materna se aprecia una mayor duración estadísticamente significativa de la lactancia materna, tanto exclusiva como complementada en las mujeres que recibieron información de los profesionales sanitarios, aunque todas las procedencias de información han dado valores mayores cuando se han tenido de inicio y duración de la lactancia materna, tanto exclusiva, como complementada. Lo cual quiere decir que la mayor cantidad de información beneficia a la opción de alimentación al lactante con lactancia natural. En esta misma línea

Martínez-Galán, P., et al., han hecho una revisión bibliográfica en 2017 y han llegado a la conclusión que el papel de la información proporcionada por los profesionales sanitarios es positivo para el inicio y duración de la lactancia materna. Años anteriores otros autores llegaron a conclusiones similares (Aguilar Cordero, Sáez Martín et al., 2013; Aparicio Rodrigo y Balaguer Santamaría, 2007; Camargo Figuera et al., 2011; Doménech et al., 2011; Hernández Aguilar, 2004; Herrero Martínez, 2017; McQueen, Dennis, Stremmer y Norman, 2011). Por otra parte, Toro-Huamanchumo, Abarca-Acuña, Eyzaguirre-Villagarcía, Guerrero-Sosa, Quiñones-Laveriano, en 2017, han analizado las búsquedas por internet sobre alimentación con lactancia materna en países sudamericanos hispanohablantes en el mes que se celebra la Semana Mundial de la Lactancia Materna y lo han asociado con una posible relación del impacto de las campañas educativas en la población con acceso a Internet, pero sobre todo, se observa que internet también es una procedencia de información a tener en cuenta. Asimismo, UNICEF (2017) afirma que la información y educación adecuadas en lactancia materna puede llegar a aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva hasta el 90 % y el personal sanitario tiene las características necesarias para proporcionar esta información y educación.

Además, en esta tesis recibió apoyo un 66,2 % de las participantes. Si se relaciona el hecho de recibir o no recibir apoyo para la alimentación del lactante y duración de la lactancia materna, se observa que las mujeres que han recibido apoyo han dado lactancias exclusivas y complementadas con mayor duración estadísticamente significativa, que la que no lo tuvieron. Se podría afirmar que se debe apoyar a las madres con respecto a la alimentación del menor si se quiere promocionar la alimentación con lactancia materna. Además, la fuente principal de procedencia de apoyo recibida por las madres para la alimentación del lactante fue es el personal sanitario. El 51,1 % de toda la muestra recibió apoyo del personal sanitario. De todas formas, no hay que ignorar que la información y apoyo de otros sectores diferentes al sanitario han beneficiado también a la lactancia materna, por lo tanto, es importante desde el punto de vista sanitario aprovechar el beneficio que proporcionan estos sectores y a su vez apoyarlos y proporcionarles conocimientos adecuados para

conseguir una promoción de la lactancia materna desde todos los sectores posibles. Varios estudios coinciden en que la familia tiene una influencia con el tiempo de alimentación lactancia materna exclusiva (Araya Cubero, Brenes Campos, 2017; Avalos González, et al, 2016; Gorrita Pérez, Ortiz Reyes y Alfonso Hernández en 2016; Herrero Martínez, 2017; Rosso et al, 2013; Remigio, 2016).

Otro aspecto que aún apoya más la importancia de la información y apoyo sanitario es que, como se ha adelantado al inicio de esta discusión, de los dos grupos que se hicieron en esta tesis, el grupo que recibió atención y apoyo sanitario consiguió cifras más altas de inicio y duración de lactancia materna, tanto exclusiva como complementada con otras leches u otros alimentos. Este resultado coincide con las conclusiones expuestas por UNICEF en 2016. También coinciden con las afirmaciones del Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna (2017) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que destacan la importancia de la atención y apoyo sanitario adecuado dentro y fuera del hospital para aumentar las tasas de lactancia materna. Asimismo, destacan la importancia de la correcta información con este mismo fin y este mismo grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna (2017) ha elaborado también una Guía para las madres que amamantan dirigida a mujeres que desean amamantar o que amamantan, así como a sus parejas y familiares. Igualmente, Fu et al, en 2014, hicieron un estudio que tenía como objetivo evaluar el efecto de dos intervenciones postnatales tempranas de apoyo profesional postnatal a madres primerizas sin problemas de salud en el proceso del nacimiento sobre la duración de la lactancia materna exclusiva y exclusiva, en el estudio también se suministró información y apoyo adicional a una parte de la muestra y también los índices de lactancia materna fueron mayores en la muestra en la que se realizó la intervención, con diferencia estadísticamente significativa el grupo que recibió atención telefónica (mayor en los dos grupos de intervención en todos los puntos de seguimiento), en comparación con los que recibieron atención estándar postnatal proporcionadas no hubo diferencias significativas entre el grupo de apoyo hospitalario y el grupo de cuidado estándar, ni el que recibió sólo la intervención en el hospital. El apoyo profesional temprano a la lactancia materna, especialmente el apoyo telefónico

semanal, aumentó significativamente las tasas de lactancia materna exclusiva y exclusiva en el período postnatal temprano, y aumentó significativamente la duración total de la lactancia durante los primeros 6 meses. Esto ha sido expuesto desde un tiempo hasta la actualidad por numerosos autores, como Aparicio Rodrigo y Balaguer Santamaría, 2007; González, 2011; Hernández Aguilar en 2004 y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.

Lo que hay que lograr es que el 100 % de las mujeres y su entorno reciban información veraz, actualizada e imparcial sobre la alimentación infantil procedente del personal sanitario y que no haya ninguna madre que sienta que no recibió apoyo para la alimentación de su descendencia de nadie. Se ha constatado en varias investigaciones que una de las razones de abandono de lactancia materna es la hipogalactia, evento que es real en un porcentaje muy bajo, por lo tanto, con información y apoyo adecuado se podrían evitar abandonos de lactancia materna antes de lo deseado por madre-hijo/a. (Ausona Bieto, 2015; Herrero Martínez, 2015; Martínez Fernández et al., 2004; Ruiz Poyato, 2014). El 33,8 % de madres no recibieron apoyo para la alimentación de su hija o hijo ni por profesionales sanitarios, ni por su pareja, ni por su familia, ni ninguna de las otras opciones, un porcentaje parecido (1,4 % más) al que refiere la población de la encuesta sobre hábitos de lactancia. Esta es una cifra muy elevada y sorprendente, ya que, en el caso de los profesionales sanitarios, estos hacen seguimiento de salud de madre e hijo y se podría entender algún caso aislado que por error no se tratase el tema de la alimentación infantil, pero un porcentaje tan alto nos indica que aún queda mucho pendiente con relación a este tema. Además, también sorprende porque aproximadamente la mitad de la población de este estudio había sido incluida en un grupo de madres que recibió información y apoyo adicional. Esta falta de apoyo percibido por las gestantes por parte de los profesionales sanitarios coincide con un trabajo realizado en 2014 por Segura Sánchez y su importancia con Araya y Brens, 2012. Además, se ha hallado que el estrés materno perjudica la lactancia y posiblemente esto se evitaría en parte con este apoyo (Gorrita Pérez, Bárcenas Bellot, Gorrita Pérez y Brito Herrera, 2013; Gorrita Pérez, Hernández Mompie y Alfonso Hernández, 2017).

6.3.4- Preferencias maternas

Si se sigue con la comparación de los casos separados en esta tesis en dos grupos (los que recibieron apoyo e información adicional y los que no), se tienen que observar los datos que se obtuvieron al averiguar las preferencias de las madres con respecto a la alimentación de su hijo. En primer lugar, el 77,1 % de toda la muestra de gestantes preferían lactancia materna exclusiva (el 0,9 % más de las mujeres que luego la dieron), el 14,5 % prefería en la gestación lactancia artificial (el 5,1 % menos de la muestra que luego dio lactancia artificial) y el 8,4 % de las gestantes preferían mixta (el 4,2 % más de la población que luego dio lactancia mixta). A continuación, se observó esta diferencia en cada grupo, por una parte, el que había recibido apoyo y educación adicional después de exponer sus preferencias y por otra, el que no había recibido nada adicional. En un principio, con respecto al inicio de la lactancia materna exclusiva, se vio que el grupo de madres que recibió información y apoyo adicional inició lactancia materna exclusiva el 28,4 % más y en el caso de cualquier inicio de lactancia del 21,9 % más. Con respecto a la duda sobre si después del nacimiento las preferencias se habían cumplido y si el hecho de desear la lactancia materna durante la gestación conlleva un mayor índice de esta lactancia, se ha visto que la intención de dar lactancia materna durante la gestación sí deriva en lactancia más largas con diferencia estadísticamente significativa, tanto de forma exclusiva, como complementada, al igual que hay una correlación, también estadísticamente significativa, entre los meses de lactancia materna deseada en la gestación y lactancia real, de ahí la importancia del fomento de la lactancia materna antes del nacimiento. Y ya si se observa la comparación del deseo de la gestante y la duración real de alimentación natural, en ambos grupos del estudio, se comprueba que hay mujeres que durante la gestación no querían dar lactancia materna, pero que después del nacimiento de su hijo o hija, les han dado y la duración ha sido mayor en el grupo que tuvo información adicional. Esto es otra prueba de la importancia de la información y apoyo sanitario, ya que se pueden modificar intenciones y alargar la lactancia materna. Además, se puede observar que en muchos casos la duración real de lactancia materna ha sido más baja que el deseo que había en la gestación, pero hay mucha diferencia entre el grupo que no recibió nada adicional y el

que sí. En el grupo que no recibió nada adicional, sólo se han cumplido los deseos de alimentación durante la gestación en las mujeres que deseaban lactancias exclusivas y/o complementadas de corta duración, de alrededor de un mes. Sin embargo, en el grupo que recibió educación sanitaria y apoyo adicional se observa que en lactancia materna exclusiva coincide deseo y realidad en todas las opciones, menos en la de más de 6 meses y en lactancia materna complementada en los casos que se deseaba cualquier opción hasta el año. Por lo tanto, se puede afirmar que la educación y apoyo sanitario tuvo un claro efecto positivo en la promoción de la lactancia materna.

Por otra parte, en esta tesis, aparte de la preferencia en el modo de alimentación, ya comentado, también se intentó averiguar las características de otras preferencias de las gestantes con respecto a la alimentación de su descendencia antes de la realización de cualquier tipo de intervención. Se descubrieron varias cosas. Se les preguntó que, con independencia de la lactancia materna elegida, si tuvieran que optar por lactancia mixta en los primeros meses de la vida de su hijo, con que la complementarían, destaca un gran porcentaje, el 43 % que no contestó porque no querían dar lactancia mixta en esos meses y llama la atención que de la gran parte de las mujeres que contestaron, el 88,76 % de la población eligió leche, pero el 11,24 % eligieron líquidos diversos agua, infusiones, zumos y agua con azúcar o glucosado, estos líquidos diversos varían de unas sociedades a otras, ya que por ejemplo, Becerra Bulla (2009) refiere que en algunas comunidades actuales americanas introducen agua de panela al primer mes y agua de panela mezclada con harina de trigo o plátano sobre los dos meses, mientras otras se esperan a casi el año la vida del lactante para introducir alimentos.

6.3.5- Conocimientos maternos

Con respecto a los conocimientos que poseen las mujeres de la encuesta nacional sobre hábitos de lactancia y los conocimientos de las mujeres de esta encuesta se obtuvieron algunos datos.

En primer lugar, en la encuesta nacional sobre hábitos de lactancia se refleja que hay mujeres con información errónea con respecto a la lactancia materna, por ejemplo, el 37 % de las mujeres encuestadas están preocupadas por los daños estéticos que pueden sufrir con la lactancia, cuando, en realidad es el embarazo el que provoca esos daños. Con respecto a la muestra de esta tesis se investigaron también algunos aspectos, antes de separar a la población por grupos y dar información adicional a un grupo, sobre los conocimientos que poseían las gestantes con respecto a la alimentación del lactante. Aquí se encontró que sólo el 61,40% de la muestra sabía que la lactancia materna y la artificial no alimentan por igual. En la encuesta nacional sobre hábitos de lactancia el 42,5 % de su muestra considera que la lactancia materna es la mejor forma de alimentar al bebé, el 75 % que el principal beneficio de la lactancia materna es que se trata del método más natural, el 76 % que protege de infecciones y otras enfermedades. Por lo tanto, en ambas muestras hay un porcentaje importante de casos que no posee los conocimientos adecuados para tomar una decisión, ya que dispone de información sesgada. En esta tesis, también se relacionó el conocimiento adecuado de las propiedades superiores de la lactancia materna y la duración de esta, tanto de forma exclusiva como complementaria, y se halló una diferencia estadísticamente significativa entre conocimientos adecuados y mayor duración de ambos tipos de lactancia (ver tabla 15). Sobre el siguiente aspecto, si la lactancia materna cubre todas las necesidades del menor hasta los 6 meses de edad, se halló que el 12.8 % de mujeres que no conocían la respuesta correcta. En el caso de la afirmación que defiende que la lactancia materna (más otros alimentos a partir de los 6 meses) proporciona beneficios hasta dos años o más de vida del niño o niña, el 62,4 % de la muestra de esta tesis tiene conocimiento de la respuesta correcta, el resto no y, en la encuesta nacional sobre hábitos de lactancia, el 50 % de las mujeres encuestadas piensan que el momento ideal para suspender la lactancia materna es a los 12 meses, en contra de la recomendación de la OMS y resto de expertos en el tema. Además, también se preguntó a toda la población de esta tesis una serie de conocimientos básicos (sin educación sanitaria previa adicional) y se volvió a observar que en muchos aspectos hay porcentajes altos de muestra con

conocimientos inadecuados. Sólo el 61,4 % de la población refiere saber cómo sacarse, guardar y ofrecer a su descendencia leche materna. Hay un 19,3 % de población que afirma que después del nacimiento hay que tardar unas horas para iniciar la alimentación al pecho, cuando uno de los aspectos básicos para el éxito del inicio una lactancia natural es que se ponga al bebé al pecho dentro de la media hora de vida y como mucho de la primera hora. Además, un 13,5 % no sabe o no contesta. También se preguntó si la alimentación al pecho es cada tres horas y sólo el 55,3 % sabía la respuesta correcta. Con respecto a la pregunta de si hay que tomar siempre de los dos pechos el desconocimiento de la muestra aún es mayor, ya que sólo el 25,7 % de las mujeres encuestadas sabía que la respuesta correcta era que no hace falta tomar siempre de los dos pechos. Si se observa la pregunta sobre si el chupete puede dificultar el inicio de la lactancia materna se observa lo mismo que en el caso anterior, menos de la mitad de las mujeres encuestadas (el 45,4 %) saben que sí que lo puede dificultar. Las intenciones sobre el uso del chupete de las gestantes fue utilizarlo el 60,2 % y sin opinión concreta el 19,9 %, por lo tanto, sólo el 19,9 % declaró que no tenía intención de usarlo. Como se puede apreciar, hay un porcentaje de población, que, aunque sabe que el chupete puede perjudicar, piensa utilizarlo, pero lo que realmente preocupa es que hay un porcentaje elevado (67,9 %) que desconoce sus efectos negativos y que tiene intención de utilizarlo (tabla 18). Con respecto a la pregunta sobre el posible perjuicio que puede causar a la lactancia materna dar biberones, aún se muestra más desconocimiento, ya que sólo afirman que sí que perjudica el 38,3 % de las mujeres encuestadas. Por otra parte, sobre la pregunta de si a los lactantes menores de 6 meses que toman lactancia materna hay que darles o no agua, se encontró un porcentaje algo superior del 60,1 % que sabía que no, pero este porcentaje tiene que mejorarse para evitar las interferencias en la lactancia materna. Como última pregunta sobre conocimientos, se investigó que porcentaje de la muestra de este estudio sabía que si la madre y su hija o hijo tenían que separarse se podía establecer o continuar la lactancia materna y lo sabía el 75,2 % de la población. Aunque este último porcentaje es elevado, no se puede olvidar el porcentaje de la muestra que desconoce esta realidad y que tiene muchas

posibilidades de renunciar a la alimentación con lactancia materna por desconocimiento. Aunque fuera un único caso, la información adecuada debería llegar a todas las gestantes para evitar lactancias con leche artificial por desconocimiento. Además de este dato, se preguntó a la muestra su opinión sobre la extracción de leche para dársela posteriormente a su hijo o hija y se encontró, además del 16,1 % que no manifestó su opinión, un 9 % que estaba en contra, no se sabe exactamente si por desconocimiento de la técnica, pero cabe la posibilidad.

6.3.6- Circunstancias perinatales

Otra característica de los casos de esta encuesta que se observó por su posible interferencia a la hora de elegir la forma de alimentar al menor fue el tipo de parto. Las gestantes que participaron en este estudio tuvieron, la mayoría un parto normal, pero el 19,6 %, lo tuvo con dificultades, de estas mujeres el 73,8 % inició lactancia materna, todas ellas de forma exclusiva, las mujeres que no tuvieron dificultades iniciaron el 76,80 % de forma exclusiva y el 82 % de alguna forma, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa. Con respecto a la duración de la lactancia materna exclusiva 131, ocurre lo mismo tampoco hay una diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres que tuvieron problemas en el parto y las que no. Por lo tanto, en la muestra de esta tesis no se ha visto que las dificultades en el parto interfieran con la lactancia materna. Además, se observó si después del parto el hecho de tener problemas de salud la madre, su hija / hijo, o ambos interfería con la alimentación natural. En el 13,2 % de todos casos el neonato tuvo problemas, en el 8,7 % la madre y en el 78,1 % nadie y, sólo se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las tres circunstancias en el caso del inicio de la lactancia materna exclusiva, dato que es muy lógico, por la dificultad que entraña la enfermedad en el inicio de la alimentación al pecho y la posible necesidad puntual de ayuda con lactancia artificial. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ni en el inicio de cualquier combinación de lactancia materna (exclusiva y complementada), ni en la duración. En cuanto a la separación al nacimiento, entre los 22,20 casos en que se dio y el resto de casos, no hay ningún tipo de diferencia significativamente

estadística, ni en el inicio de lactancia materna exclusiva, ni en el inicio de todos los tipos de lactancia materna, ni en la duración de la lactancia materna exclusiva, hecho que puede deberse a que en la población estudiada ante la separación se procede a la extracción y almacenamiento en condiciones óptimas de la leche materna, para después ofrecérsela al niño preferentemente. Otro aspecto observado es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la alimentación oral del lactante. La duración media fue de 5,56 horas, con una desviación típica de 11,95 horas y los casos van desde nada de tiempo a 72 horas. La variedad en el tiempo de inicio de alimentación es elevada. El hecho de tardar 72 horas es compatible con tratamientos al neonato que impidan la alimentación oral. En general se ve que hay muchos nacimientos sin patología, en los que no se cumple la necesidad recomendada por científicos y organizaciones sanitarias de inicio de alimentación dentro de la media hora de vida y como mucho, antes de la hora (OMS, febrero 2015b; Rosso et al, 2013). Esto coincide con los datos recogidos por UNICEF en 2016 que indica que, a nivel mundial, menos de la mitad de todos los recién nacidos reciben el pecho dentro de la primera hora posterior al parto. Este inicio precoz aprovecha los instintos neonatales y el periodo de alerta que presentan los neonatos en la primera hora de vida y que pierden a lo largo de las siguientes horas y es uno de los pilares básicos del éxito de la lactancia materna, ya que es uno de los indicadores básicos prioritario para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño. Sólo como excepción se cumple en algunos países, como Uruguay, en el que el 60 % de los recién nacidos se alimentan dentro de la primera hora con lactancia materna y el 20 % entre la primera y 3ª hora de vida (Bove y Cerruti, 2011). Por otra parte, como se ha mencionado con anterioridad al hablar de los conocimientos erróneos, un 19,3 % de la muestra de esta tesis tenía la creencia que después del nacimiento hay que tardar unas horas para iniciar la alimentación al pecho y, para ver si esta idea había afectado al tiempo de inicio, se relacionó esta idea con el tiempo real que se tardó en iniciar la alimentación, pero no se halló diferencia estadísticamente significativa. Tampoco se halló diferencia estadísticamente significativa al comparar el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la alimentación en el grupo que inició la lactancia materna exclusiva

y en el que no, ni al comparar el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la alimentación en el grupo que inició algún modo de lactancia materna y en el que no. Lo que sí se encontró es una correlación estadísticamente significativa de $p < 0,05$ sobre el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de la alimentación neonatal con la duración de la lactancia materna exclusiva con una relación inversa, lo que quiere decir que, a inicio más precoz, se han efectuado lactancias maternas exclusivas de mayor duración. Este dato concuerda con afirmaciones de diferentes estudios que relacionan la lactancia temprana con mayor inicio y duración de la LM exclusiva y global (Feldman-Winter y Goldsmith, 2016 [informe clínico de la Academia Americana de Pediatría]; Gómez Papi, 2004, 2009; Lutter, 2010). Por lo tanto, en la muestra de esta tesis, se aprecia relación entre el inicio precoz de la alimentación y el éxito de la lactancia materna, (como se ve en los datos del coeficiente de correlación de Pearson, tabla 41). Pero, al observar sus efectos, en el inicio o no de la alimentación con lactancia materna no se ven claros los efectos que la bibliografía también muestra como importantes.

Por otra parte, se ha encontrado en las encuestas de salud consultadas, que el inicio de la alimentación complementaria con otros alimentos diferentes a la leche materna se inicia en un porcentaje muy alto antes de los 6 meses de vida, que es cuando los expertos en el tema aconsejan. Este hecho incide negativamente tanto en la salud del lactante, como en la duración de la lactancia materna, tanto exclusiva como complementada. (Margolles Martins y Donate Suarez, 2014; Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía, 2011-2012).

Después de todo lo comentado, en esta tesis se encuentra coincidencia con la idea que expone Gorrita Pérez en 2017, sobre las circunstancias que llevan o impiden que un niño o niña se alimente con lactancia materna en las sociedades actuales. Esta idea hace referencia a que, a pesar de que se trata de un acto fisiológico y natural, en la actualidad es una tarea complicada e influida con muchos agentes externos al binomio madre-hija o hijo y, que para que tenga éxito se requieren la unión de muy diversas circunstancias. Hay que destacar la importancia de una madre con aptitudes físicas y

psíquicas que permitan el amamantamiento, que quiera amamantar y que tenga todos los conocimientos y entrenamiento adecuado para hacerlo, además de que las influencias del padre, la familia y el entramado social, económico y cultural sean propicias. Dado el carácter multicausal y la diversidad de factores que pueden influir, ayudar o entorpecer una alimentación adecuada del menor sería conveniente formular las estrategias de apoyo y fomento de la correcta alimentación, como explica la Asociación Española de Pediatría en 2016, de una forma multidisciplinar, de modo que participen en ellas todas las personas que componen el sistema sociosanitario y que se consiga el apoyo de la lactancia materna, además de a nivel sanitario, a nivel social y a nivel laboral, de forma que llegue a todas las madres y familias. Gillespie et al. (2016) llega a la misma conclusión, es decir, que se dan mejores resultados si se abordan distintos puntos de acción.

7- CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Tras la investigación realizada en este estudio se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El apoyo sanitario y la información adecuada proporcionada por profesionales de la salud han demostrado ser un factor muy importante en el fomento de la lactancia materna y han provocado que las mujeres del grupo control alcanzaran mayores cifras de inicio y duración de la lactancia materna, tanto exclusiva, como complementada, así como que se acercaran más a las intenciones que tenían durante la gestación.
- Las cifras de inicio de alimentación con lactancia materna de la muestra de este estudio son positivas, superan las recomendaciones.
- Las cifras de duración de lactancia materna exclusiva y complementada de la población de este estudio son bajas y distan mucho de las recomendaciones actuales.
- Los datos de duración de la lactancia materna de la muestra de este estudio coinciden con el resto de los datos que se tienen de la comunidad valenciana y resto de España en que son insuficientes y que, por lo tanto, es necesario seguir con el apoyo y promoción de la lactancia materna.
- Las gestantes pretenden dar más tiempo de lactancia materna a su futuro descendiente de lo que luego le dan, por lo tanto, hay causas que provocan que las intenciones de las gestantes con respecto a la alimentación de su hijo, después del parto, no se cumplan en un gran porcentaje.
- Si se quiere promocionar la alimentación con lactancia materna se debe apoyar a las madres con respecto a la alimentación del menor desde la sanidad, pero también desde todo el entorno de la mujer y desde la sociedad en general.
- Hay circunstancias concretas, como experiencias negativas en lactancias anteriores, trabajo fuera del hogar y separación al nacimiento que, por si solas, no impiden lactancias maternas adecuadas y extensas en el tiempo, aunque en este estudio se ha observado que influyen negativamente.

- Hay otras circunstancias como la edad materna o el nivel de estudios materno que pueden influir en el tipo de alimentación infantil. En esta tesis se ha encontrado que, a mayor edad y a mayor nivel de estudios, mayor duración de lactancia materna y exclusiva.
- Para una mejor identificación y tratamiento de las causas que impiden el inicio y prolongación en el tiempo de la alimentación con lactancia materna tanto exclusiva, como con otros alimentos, hacen falta más estudios a diferentes tipos de población con herramientas de investigación homogéneas y validadas. La encuesta utilizada en esta investigación podría ser una de estas herramientas, ya que ha demostrado ser un instrumento adecuado.

8- APORTACIONES AL CONOCIMIENTO Y LIMITACIONES

8.1- Aportaciones

Tras la realización de este estudio se ha evidenciado la confirmación de la hipótesis planteada, ya que se ha observado que la lactancia materna ha aumentado en incidencia y prevalencia con una adecuada educación y apoyo sanitario.

Por lo tanto, se ha logrado:

- La identificación de una forma de apoyo a una práctica de alimentación y estilo de vida saludable que aumenta considerablemente la salud de la población.
- El análisis y conocimiento de posibles factores que influyen negativamente en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

8.2- Limitaciones

La muestra recogida pertenece a un solo hospital de una población en concreto y como se ha visto durante en toda la tesis los datos varían de un país a otro, de una comunidad a otra, de una provincia a otra y de una población a otra, por lo tanto, se debería ampliar lo máximo posible la procedencia de la muestra y realizar un estudio multicéntrico con representatividad de todas las comunidades autónomas y con la participación del mayor número de localidades.

El número de casos elegido en esta tesis para un hospital es estadísticamente representativo, pero si este estudio se repitiera en todas las comunidades autónomas haría falta una mayor muestra representativa.

9- BIBLIOGRAFÍA

Abascal Tudanca, M. I., Alonso Díaz, C., Alonso Gutiérrez, R., Alonso Larruscaín, I., Blasco Pérez, Y., Bustos Lozano, G., Cala González, R. ... Vicente Vicente, V. (2007). *Guía de cuidados del recién nacido en la maternidad*. En G. Bustos Lozano (coordinador). Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre. Recuperado de: <http://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf>

Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K. F., . . . Van Goudoever, J. (2009). Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49(1), 112-125. doi:10.1097/MPG.0b013e31819f1e05

Agostoni, C. V., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., . . . Van Goudoever, J. (2008). Complementary feeding. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46(1), 99-110. doi: 10.1097/01.mpg.0000304464.60788.bd

Aguayo Maldonado, J. (ed.) (2004). *La Lactancia materna*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Aguilar Cordero, M. J. (2012). *Tratado de enfermería del niño y el adolescente. Cuidados pediátricos* (segunda edición). Barcelona: Elsevier.

Aguilar Cordero, M. J., González Jiménez, E., Álvarez Ferre, J., Padilla López, C. A., Mur Villar, N., García López, P. A., Valenza Peña, M. C. (2010). Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 25(6), 954-958.

Aguilar Cordero, M. J., Madrid Baños, N., Baena García, L., Mur Villar, N., Guisado Barrilao, R. y Sánchez López, M. (mayo, 2015). Lactancia materna como método para prevenir alteraciones cardiovasculares en la madre y el niño. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1936-1946. doi:10.3305/nh.2015.31.5.8810

Aguilar Cordero, M. J., Sáez Martín, I., Menor Rodríguez, M. J., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., Hervás Pérez, A., González Mendoza, J. L. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutrición Hospitalaria*, 28(3). doi: 10.3305/nh.3013.28.3.6395

- Aguilar Cordero, M. J, Sánchez López, A. M., Madrid Baños, N., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., Hermoso Rodríguez, E. (febrero, 2015). Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 606-620.
- Aignerren Aburto, J. M. (2005). El cuestionario: el instrumento de recolección de información de la técnica de la encuesta social. *La Sociología en sus Escenarios*, (11), 1-79. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/2628>
- Aizpurua Galdeano, M. P. (2008). Efectos de la lactancia materna sobre la salud de las madres y de los lactantes en países desarrollados. *Evidencias en pediatría*, 4(2). Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2603092>
- Albet Mas, A., Bosch Mestres, D., García Ruiz, C., González-Monfort, N., García Sebastián, M., y Gatell Arimont, C. (2015). *Geografía e historia 1.2*. España: Vicens Vives.
- Alonso-Díaz, C., Utrera-Torres, I., de Alba-Romero, C., Flores-Antón, B., López-Maestro, M., Lora-Pablos, D., Pallás-Alonso, C. R. (2016). Prácticas de alimentación con leche materna en recién nacidos menores de 1.500 g o de menos de 32 semanas. *Anales de Pediatría (Barc)*, 85(1), 26-33. doi: 10.1016/j.anpedi.2015.08.013
- Alonso-Sanz, A. (2017). La renuncia a la lactancia. Del relato autoetnográfico al relato de ficción. *DILEMATA. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 25, 13-22
- Alves, C., Flanagan, S. E., Ellard, S. & Mackay D. J. (2012). Clinical and molecular basis of transient neonatal diabetes mellitus in Brazilian children. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 97(3), e41-44.
- American Psychological Association (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association* (tercera edición). México, D.F.: El Manual Moderno.
- Aparicio Rodrigo, M. y Balaguer Santamaría, A. (2007). Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva. *Evidencias en Pediatría*, 3, 93.

Aparicio Rodrigo, M. y García Vera, C. (2011). La introducción precoz de la alimentación complementaria en los lactantes puede predisponer a la obesidad. *Evidencias en Pediatría*, 7, 41.

Arana de Amurrio, J. I. (2011). *Cuatro mil años de Historia*. Madrid: You & US, SA.

Arana de Amurrio, J. I. (2014). Estado de la lactancia y la atención de Puericultura antes del nacimiento de las Gotas de leche y consultorios. Historia y significación de las Gotas de Leche en España. En: AEPED (Eds.), *Cuadernos de historia de la pediatría* 8, 4-8. España: AEPED Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Juan_Fernandez_Teijeiro2/publication/279941491_EL_DR_PEREDA_ELORDI_Y_LA_GOTA_DE_LECHE_EN_SANTANDER_UNA_MEMORIA_Y_UN_OLVIDO/links/559ed18508ae03c44a5cd960/EL-DR-PEREDA-ELORDI-Y-LA-GOTA-DE-LECHE-EN-SANTANDER-UNA-MEMORIA-Y-UN-OLVIDO.pdf#page=4

Araujo Rodríguez, H. B., Martín Rodríguez, L., Rodríguez Elias, D. G., Lara Rodríguez, N y Hernández Lastres, I. (2015). Lactancia materna. Comportamiento según algunos factores de interés epidemiológico en menores de un año de Yara Norte. 2013-2014. *Multimed. Revista Médica Granma*, 19(6). Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/428/686>

Araya Cubero, Z. y Brenes Campos, G. (2012). Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 23, 1-14. Recuperado de: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/lactanciamaterna.pdf>

Aristóteles (2010). *Aristóteles. Obra biológica* (Rosana Bartolomé trad.). Madrid: Luarna Ediciones, S.L. (Obra original s.f.).

Armas, H. (1998). *Alimentación del lactante*. En ICEPSS (Eds.), *Salud Materno-Infantil* (volumen 2) (569-601). Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS

Arroyo de la fuente, M A. (2006). Iconografía de las divinidades alejandrinas. *Liceus. Portal De Humanidades*. Recuperado de: http://www.liceus.com/cgi-bin/aco/areas.asp?id_area=53

Asensi Monzó, M., Fabregat Ferrer, E., Gutiérrez Sigler, M. A., Soriano Faura, J. (2013). *Atención en las primeras 48 horas del alta de maternidad en la consulta de enfermería y/o pediatría: Procedimientos que aseguren esta disposición*. Informe del Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria (GATPAP). Valencia: Autores. Recuperado de: [file:///C:/Users/ayor2/Downloads/INFORME%20DEL%20E2%80%9CGRUPO%20ASESOR%20T%3%89CNICO%20PARA%20LA%20PEDIATR%3%8DA%20DE%20ATENCI%3%93N%20PRIMARIA%20E2%80%9D%20\(GATPAP\).](file:///C:/Users/ayor2/Downloads/INFORME%20DEL%20E2%80%9CGRUPO%20ASESOR%20T%3%89CNICO%20PARA%20LA%20PEDIATR%3%8DA%20DE%20ATENCI%3%93N%20PRIMARIA%20E2%80%9D%20(GATPAP).)

Asociación Española de Matronas (2015). La Asociación Española de Matronas continúa apoyando la lactancia materna [Agenda]. *Matronas Hoy*, 3 (1), 51-54. Recuperado de: <http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/56/>

Asociación Española de Pediatría (2008). *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. Madrid: Médica Panamericana.

Asociación Nacional de Enfermeras de Cuidados Intensivos Pediátrico (2016). Historia. [Página Web Asociación Nacional de Enfermeras de Cuidados Intensivos Pediátricos]. Recuperado de: <http://anecipn.org/historia/>

Augen, J. (2004). *Bioinformatics in the post-genomic era: Genome, transcriptome, proteome, and information-based medicine*. Bostón, Massachusetts: Addison-Wesley Professional.

Ausona Bieto, M. (26 de febrero de 2015). Marta Ausona. Presentaciones de ponentes IV. XII Congreso FEDALMA, abril 2015. Alboraya, Valencia [Mensaje del blog de Manmalia]. Recuperado de: <https://mammalia.info/marta-ausona-presentaciones-de-ponentes-iv-xii-congreso-fedalma-abril-2015-alboraya-valencia/>

Ausona Bieto, M., Brigidi, S. y Cardús Font, L. (2017). Lactancias, capital y soberanía alimentaria. La falaz escasez de la leche humana. *DILEMATA. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 25, 135-142.

Avalos González, M. M., Mariño Membribes, E. R. y González Hidalgo, J. A. (2016). Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(2), 170-177.

- Ayala, J. (2009). *Exégesis para un sermón. levítico 3* (Trabajo práctico presentado en cumplimiento parcial de los requisitos para la materia de Homilética II, Universidad Adventista del Plata. Facultad de teología). Recuperada de: http://www.academia.edu/12131928/EXEGESIS_DE_LEVITICOS_3
- Araya, Z. y Brenes, G. (2012). Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 23, 1-14. Recuperado de: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/lactanciamaterna.pdf>
- Bachrach, V. R. G., Schwarz, E. & Bachrach, L. R. (2003a). Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a birth cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, 88(3), 224-28.
- Bachrach, V. R. G., Schwarz, E. & Bachrach, L. R. (marzo, 2003b). Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(3), 237-243.
- Baker, P., Smith, J., Salmon, L., Friel, S., Kent, G., Iellamo, A., ... Renfrew, M. J. (2016). Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: Is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? *Public Health Nutrition*, 19(14), 2540–2550. doi: 10.1017/s1368980016001117
- Balaguer Perigüell, E. y Ballester Añon, R. (2003). Los niños en la España del antiguo régimen: ciencia, actitudes sociales y políticas de protección a la vida. En el nombre de los Niños. Real Expedición Filantrópica de la Vacuna 1803-1806. En Asociación Española de Pediatría (Eds), *Monografías de la Asociación Española de Pediatría* (pp. 29-63). Madrid: AEP-Wyeth.
- Ballester. R. (marzo, 2016). El movimiento internacional de protección a la infancia y los contextos locales: Gotas de leche y el modelo alicantino. Revisión historiográfica. *Algunas notas sobre la historia de la pediatría en Valencia*, 11, 38-48. Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- Barriuso, L., Miguel, M. d., y Sánchez, M. (2007). Lactancia materna: Factor de salud. Recuerdo histórico. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 30(3), 383-391. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007005500007&lng=es&tlng=es.

- Becerra Bulla, F., Peña Álvarez, D. C., Puentes Valencia, V. A. y Rodríguez Cepeda, D. E. (2009). Lactancia materna: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. el caso de algunas comunidades indígenas en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(3) Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/1677568462>
- Bernal Arias, M. y Orjuela Céspedes, C. L. (2014). *Acciones de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna*. (Tesis de maestría, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia). Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/39666/>
- Bhutta, Z. A., & Labbok, M. (2011). Scaling up breastfeeding in developing countries. *The Lancet*, 378(9789), 378-380. doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60897-0
- Boatella, J. (2013). Las harinas lacteadas en España (I): 1865-1965. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 17(4): 172 – 178. Recuperado de: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjNtujHwJPTAhVENxQKHUUnAbEQFgggMAE&url=https%3A%2F%2Fdiarioelunirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4630622.pdf&usq=AFQjCNF_Z-GLaVvb3BJPmb_02fWj5jRsOQ&cad=rja
- Boucher, O., Julvez, J., Guxens, M., Arranz, E., Ibarluzea, J., Sánchez de Miguel, M., ... Sunyer, J. (marzo, 2017). Association between breastfeeding duration and cognitive development, autistic traits and ADHD symptoms: a multicenter study in Spain. *Pediatric Research*, 81 (3), 434-442. doi: 10.1038/pr.2016.238
- Bove, M. I. y Cerruti, F. (septiembre, 2007). *Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses atendidos por servicios públicos y mutuales de Montevideo y el interior del país*. Uruguay: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Recuperado de: [https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media Encuesta de lactancia.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Encuesta_de_lactancia.pdf)
- Bove, M. I. y Cerruti, F. (junio, 2011). *Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia. En niños menores de dos años, usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay*. Uruguay: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Recuperado de: http://pmb.aticounicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=88

- Bowatte, G., Tham, R., Allen, K., Tan, D., Lau, M., Dai, X. & Lodge, C. (2015). Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 85–95. doi:10.1111/apa.13151
- Brahma, P y Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 7- 14. doi: 10.4067/S0370-41062017000100001
- Brines, J. (2002). *La lactancia materna desde una perspectiva evolucionista* (Discurso de recepción del académico electo). Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana: Valencia. Disponible en: <http://www.ramcv.com/Discursos/Dr.%20Brines.pdf>
- Brines, J., Martínez-Costa, C. y Fons, J. (2000). Aspectos evolucionistas de la lactancia materna. En J. Martín Calama (Presidencia) (Ed.), *1º Congreso Español de Lactancia Materna* (pp. 65-70). Valencia, España: IHAN.
- Burillo-Putze, G., Luzardo, O. P., Pérez García, C., Zumbado, M., Yanes, C., Trujillo-Martín, M. M. ... Boada, L. D. (julio-agosto, 2014). Exposición a plaguicidas persistentes y no persistentes en población no expuesta laboralmente de la isla de Tenerife. *Gaceta Sanitaria*, 18 (4), 301-304. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911113001994>
- Bustos, G. (2008). Alimentación enteral del recién nacido pretérmino. En Asociación Española de Pediatría (ed), *Protocolos actualizados al año 2008*. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7_1.pdf
- Butte, N. F., López-Alarcón, M. G. & Garza, C. (2002). *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life*. Ginebra: OMS.
- Cabrera Sánchez, M. (2011). Un texto pediátrico del siglo XIV: el Tratado de los Niños de Bernardo de Gordonio. *Meridies*, 9, 69-86. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10396/13598>

- Camargo Figuera, F. A., Latorre, J. F., Porras Carreño, J. A. (enero - junio 2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 56 – 72.
- Cano Obando, M. F., Pineros Niño, A. D. y Vargas López, A. M. (2012). *Propuesta de cuidado de enfermería durante la lactancia materna enmarcado en la teoría de Kristen Swanson*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Recuperado de: file:///G:/TESIS%20DOCTORAL%202016/mariafernandacanoobando.2012_TESIS%20LM%20EN.pdf
- Cardenas, M.H., Montes, E., Varon, M., Arenas, N., & Reina, R. (2010). Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global*, (20) Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300004&lng=es&tlng=es.
- Casas Anguita, J., Repullo Labradora, J. R. y Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8):527-38
- Castillo Belén, J. R., Rams Veranes, A., Castillo Belén, A., Rizo Rodríguez, R. y Cádiz Lahens, A. (2009). Lactancia materna e inmunidad: Impacto social. *MEDISAN*, 13(4) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400013
- Cattanero, A. (2000). Epidemiología de la lactancia materna en Europa: Situación general y problemas metodológicos. En J. Martín Calama (Presidencia) (Ed.), *1º Congreso Español de Lactancia Materna* (pp. 82) Valencia, España: IHAN
- Centro de Investigaciones de UNICEF (2017). *Construir el futuro: Los niños y los objetivos de desarrollo sostenible en los países ricos* (Report Card nº14 de Innocenti). Los niños del mundo desarrollado. Florencia (Italia): Centro de Investigaciones de UNICEF. Recuperado de: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_96413.html

Chertok, I. R. y Zimmerman, D. R. (enero, 2007). Contraceptive considerations for breastfeeding women within Jewish law. *International Breastfeeding Journal*, 2, 1. doi: 10.1186/1746-4358-2-1

Chia-Gil, A., Pariona, R., Soto, V., Cuipal, J., Romaní, D., Díaz, W. ... Gutiérrez, C. (agosto, 2013). Lactancia materna exclusiva y enfermedades prevalentes de la infancia en menores de seis meses. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(2). Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/264429961/Lactancia-materna-exclusiva-y-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-en-menores-de-seis-meses>

Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., Bahl, R. & Martines, J. (2015), Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 96–113. doi:10.1111/apa.13102

Christopher, G. C. y Krell, J. K. (febrero, 2014). Changing the breastfeeding conversation and our culture. *Breastfeeding Medicine*, 9(2): 53-55. doi:10.1089/bfm.2014.9994

Cigarran Guldris, S., González Parra, E. & Cases Amenós, A. (enero-febrero, 2017). Gut microbiota in chronic kidney disease. *Nefrología* (Edición en inglés), 37(1), 9-19.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2004). *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Monografías de la AEP nº5. Madrid: Egón

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2005). Recomendaciones del comité de Lactancia materna de la AEP. *Anales Pediatría* (Barc), 63, 340-356.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2012). *Recomendaciones sobre lactancia materna*. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2015). *Lactancia materna en niños mayores o “prolongada”*. Recuperado de: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201501-lactancia-materna-prolongada.pdf>

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2016a). *Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*. Recuperado de: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2016b). *¿Qué es el código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna?* Recuperado de: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201601-codigo-comercializacion-lm.pdf>

Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria (2011). *Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios*. Madrid: Servicio Madrileño de Salud

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2013). *Encuesta Andaluza de Salud 2011- 2012. Muestra de Menores*. Bloque I. Nivel de Salud. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/EAS_2011_2012_Menores.pdf

Consejería de Salud del Gobierno de la Rioja (Ed.). (2010). *Guía de lactancia materna para profesionales de la salud*. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf

Consejería de Sanidad del gobierno de Cantabria (Ed.). (2006). *Encuesta de Salud de Cantabria*. Recuperado de: http://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/encuestas_salud/ESCAN-2006.pdf

Cortés Gabaudan, F. (2015, segundo semestre). *De gynaikeîa a gynaecologia*. *Panacea*, 16(42), 248-250. Recuperado de: https://medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n42_entremes-FCortesG2.pdf

Crawford, M., & Marsh, D. (1989). *The Driving Force. Food, Evolution and the Future*. London: Heinemann.

Cuadrón Andrés, L., Samper Villagrasa, M. P., Álvarez Sauras, M. L., Lasarte Velillas, J. Rodríguez Martínez, G. y Grupo Colaboratorio CALINA. (noviembre, 2013). Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *Anales de Pediatría*, 79(5), 312-318. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.03.010.

Decreto nº 34/1999 de 7 de marzo de 1999. DOG Nº 3477. P. 5889-5900.

DeMause, L. (1974). The evolution of childhood (Chapter 1). En L. DeMause (Ed.), *The history of childhood*. New York: The Psychohistory Press.

Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (2010). *Encuesta nacional de salud 2006 Navarra* (edición corregida). Edición: autor.

Dettwyler, K. A. (2004). When to Wean: Biological Versus Cultural Perspectives. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47 (3), 712-723. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Katherine_Dettwyler/publication/290104434_when_to_wean_clin_obstetrics_2004/links/5694dadb08aeab58a9a43c35.pdf

Dewey, K. (febrero, 2000). Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. En J. Martín Calama (Presidencia) (Ed.), 1º Congreso Español de Lactancia Materna (pp. 1-3). Valencia, España: IHAN.

Díaz, M. (febrero, 2000). Manejo de los baches de hipogalactia y relactación. En J. Martín Calama (Presidencia) (Ed.), 1º Congreso Español de Lactancia Materna (pp. 16-21). Valencia, España: IHAN.

Díaz-Gómez, N. M., Ares, S., Hernández-Aguilar, M. T., Ortega-García, J. A., Paricio-Talayero, J. M., Landa-Rivera. L. y Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (junio, 2013). Contaminantes químicos y lactancia materna: tomando posiciones. *Anales de Pediatría*, 79(6), 391.e1-391.e5. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.04.004

- Díaz-Gómez, N. M., De Alba, C., Ares, S., Castelló M. I., Espiga, I. y Ruzafa-Martínez, M. (2013). Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia. *The Global Breastfeeding Initiative*. Disponible en: http://philips.hosting.augure.com/Augure_Philips/r/ContenuEnLigne/Download/F4BEA6E5-1800-4461-A510-A3C1D84267FB/Resumen-Presentacion-MDiaz.pdf
- Díaz-Gómez, N. M., Ruzafa-Martínez, M., Ares, S., Espiga, I. y De Alba, C. (15 de septiembre de 2016). Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Revista Española de Salud Pública*, 90, e1-e8. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_MDG.pdf
- Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2017). *Breastfeeding Among U.S. Children Born 2002–2014, CDC National Immunization Survey*. Clifton Road, Atlanta, GA, U.S.A.: Department of Health & Human Services. USA government. Recuperado de: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm
- Domenech, E y Díaz-Gómez, N. M. (febrero, 2000). Factores de crecimiento en leche materna. En J. Martín Calama (Presidencia) (Ed.), *1º Congreso Español de Lactancia Materna* (pp. 44-47). Valencia, España: IHAN.
- Domínguez Rodríguez, M. V. (2010). *Thomas Phayer y The boke of chyldren (1546): estudio (meta)textual del primer tratado pediátrico en lengua inglesa* (Tesis doctoral). Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Departamento de filología.
- Dupont, C., Rivero, M., Grillon, C., Belaroussi, N., Kalindjian, A. & Marin, V. (julio, 2010). Alphalactalbumin-enriched and probiotic-supplemented infant formula in infants with colic: growth and gastrointestinal tolerance. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(7), 765– 767. doi: 10.1038 / ejcn.2010.81
- Eidelman, A. I. (2012). Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. *Breastfeeding Medicine*, 7(5), 323-324.

- Eidelman, A. I. & Schanier, M. D. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 129, e827-e842. doi: 10.1542/peds.2011-3552
- El-Shikh, H., Fahmy, E., Michael, V. S. & Moselhy, H. F. A. (2004). Life events and addiction: a review of the bibliography. *The European Journal of Psychiatry*, 18(3), 162-170.
- Equipo Pregunta Santoral (Ed.). (diciembre, 2012). Nuestra Señora de la Leche: exaltación de la maternidad de María. [Publicación en blog]. Recuperado de: <http://www.preguntasantoral.es/2012/12/virgen-de-la-leche/>
- Ernout, N. (2009). Las madres en las ciudades ideales de Platón. (Trad. A. Iriarte). *Mora*, 15(1). (Obra original publicada en 2007). Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853001X2009000100001&lng=es&tlng=es.
- Eroski (Ed.). (2015). Cara a cara ¿Esclavas de la lactancia? *Eroski Consumer*, 197, 30-31. Recuperado de: <http://revista.consumer.es/web/es/20150501/pdf/revista-entera.pdf>
- FAMILIA Y TRABAJO. Conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras 1999, Pub. L. N. º266. (Boe 6, 11, 1999).
- Feldman-Winter, L. & Goldsmith, J. G. (septiembre, 2016). Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns (Informe clínico de la Academia Americana de Pediatría). *Pediatrics*, 138 (3). Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/138/3/e20161889.long>
- Fernández Segura, M. E., Marfil Olink, S., Jaldo Jiménez. M. R., Tetagruppo y Grupo de Trabajo de Lactancia Materna (marzo, 2017). Decálogo de la lactancia materna. *Familia y Salud* (on line). Recuperado de: <http://www.familiaysalud.es/recursos-para-padres/podcast/lactancia-materna-en-podcast/decalogo-de-la-lactancia-materna>

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2016). *From the first hour of life. Making the case for improved infant and young child feeding everywhere*. Recuperado del sitio de internet de UNICEF: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/08/From-the-first-hour-of-life.pdf>

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2017). *The Global Breastfeeding Collective. Nutrition. What we do*. Recuperado de: https://www.unicef.org/nutrition/index_98470.html

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de Uruguay y Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición Infantil (IBFAN) (2004). *Lactancia materna: una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y del niño pequeño*. Uruguay: UNICEF. Recuperado de: https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_lactancia_uy2004.pdf

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *UNICEF y el Ministerio de Sanidad y Consumo, a favor de la Lactancia Materna y en contra del déficit de yodo (29 de abril de 2001)*. España: UNICEF. Recuperado de: <https://www.unicef.es/sala-prensa/unicef-y-el-ministerio-de-sanidad-y-consumo-favor-de-la-lactancia-materna-y-contra-el-de>

Forsythe, P. & Bienenstock, J. (2010). Immunomodulation by commensal and probiotic bacteria. *Immunological Investigations*, 39 (4-5), 429-448. doi: 10.3109 / 08820131003667978

Fu, I. C., Fong, D. Y., Heys, M., Lee, I. L., Sham, A. & Tarrant. M. (26 mayo 2014). Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(13),1673- 1683. Doi: 10.1111/1471-0528.12884.

Fullana, A. M., Barona, C., Hevia, R. y Bueno, F. R. (1999). *Lactancia Materna: Lo natural*. Valencia: Generalitat Valenciana.

- Galiano Segovia, M. J. y Moreno Villares, J. M. (2016) Los alimentos orgánicos en la alimentación infantil. *Acta Pediátrica Española*, 74 (9), 225-230. Recuperado de: <http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/nutricion-infantil/1314-los-alimentos-organicos-en-la-alimentacion-infantil#.Wi0FIeribIV>
- García-Lara, N. R., García-Algar, O. y Pallás-Alonso, C. R. (2012). Sobre bancos de leche humana y lactancia materna. *Anales de Pediatría* (Barc), 76(5), 247- 249. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.06.001
- García Roque, R. y Quintana Regalado, G. (2002). Galeno; niño prodigio y hombre que dogmatizó a la medicina por 1500 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 1(2). Recuperado de: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/594/464>
- García Valdés, M. y Suárez Marín, M. (2013). El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 253-267. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000200007&lng=es&tlng=es
- Garrido Mayo, M. J. (2013). Antropología de la infancia y etnopediatría. *Revista de estudios etnográficos (Etnicex)*, 5, 53-63. Recuperado de: file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet*AntropologiaDeLaInfanciaYEtnopediatria-4761662.pdf
- Garrison, F. H. (1917). *An introduction to the history of medicine, with medical chronology, suggestions for study and bibliographic data (2ª ed)*. Philadelphia, London: W.B. Saunders Company. Recuperado de: <https://archive.org/details/anintroductiont04garrgoog>
- Gartner, L. M., Morton, J., Lawrence, R. A., Naylor, A. J., O'Hare, D., Schanler, R. J., Eidelman, A. I. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-506. doi: 10.1542/peds.2004-2491

Gascon, M., Guxens, M., Vrijheid, M., Torrente, M., Ibarluzea, J., Fano, E., ... Sunyer, J. (junio, 2017). The INMA-Infancia y Medio Ambiente-(Environment and Childhood) project: More than 10 years contributing to environmental and neuropsychological research. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 220 (4), 647-658. doi: 10.1016 / j.ijheh.2017.02.008

Generalitat de Catalunya. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. (julio, 2011). *La lactancia materna a Catalunya. Resultats de l' enquesta del 2010 i intervencions principals. Programa de Salut Maternoinfantil*. Recuperado de: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/08/02/17/27/43cbe006-f64b-4834-9e0c-36f6a0c74900.pdf

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat (2012). *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2010*. Valencia: autor. Recuperado de: <http://www.san.gva.es/documents/153218/167513/encuesta2010completo.pdf>

Genta Mesa, G. (septiembre 2006). Anotaciones para una historia de la pediatría y la puericultura. *Iatreia*, 19(5), 296-304. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/4292/3859>

Gillespie, S., Haddad, L., Mannar, V., Menon, P., Nisbett, N., the Maternal-Child Nutrition Study Group ... Victora, C. G. (enero, 2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices. *Lancet*, 387, 491-504.

Giugliani, E. R. J., Horta, B. L., Loret de Mola, C., Lisboa, B. O. (noviembre, 2015). Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 20-29. doi: 10.1111/apa.13160

Glazer Peres, K., Morales Cascaes, A., Giacomelli Nascimento, G. & Gomes Victora C. (2015). Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 54-61. doi: 10.1111/apa.13103

Global breastfeeding investment case (2017). *The Investment Case for Breastfeeding: Nurturing the Health and Wealth of Nations*. En UNICEF & WORLD HEALTH ORGANIZATION (Eds.). Recuperado de: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collective-investmentcase.pdf?ua=1>

Gómez Cerdán, M. C. y Carmona Paredes, R. (2017). *Guía jurídica de lactancia*. Elche, Alicante: Universitas Miguel Hernández. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B5Rkr9XL-c7yQUISF9UamQ1S0U/view>

Gómez Fernández-Veguela, M. y Menéndez Oregab, M. (2015). Validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna. *Anales de Pediatría*, 83, 387-396. doi: 10.1016/j.anpedi.2015.01.006

Gómez Gallego, C., Pérez Conesa, D., Bernal Cava, M. J., Periago Castón, M. J. y Ros Berruezo, G. (junio, 2009). Compuestos funcionales de la leche materna. *Enfermería Global* (en línea) 16(4). Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66341/63961>

Gómez Gallego, C., Ros Berruezo, G., Bernal Cava, M. J., Pérez Conesa, D., Periago Castón, M. J. (junio, 2008). Papel de las poliaminas en la alimentación. Importancia de las poliaminas en la alimentación infantil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58(2), 117-125. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222008000200001

Gómez Papi, A. (2004). Conducta inmediata al nacimiento. Contacto precoz. En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (Ed.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (pp. 176- 180). Madrid, España: Ergón.

Gómez Papí, A. (2009). Contacto precoz. En Asociación Española de Pediatría (Eds.), *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica* (153-157). Madrid: Médica Panamericana

- Gómez Pérez, T. (2012). Estudio del papel del ama de cría pasiega en la crianza española del s. XIX y principios del s. XX. Revisión Histórica, *Nuberos Científica*, 1(7), 22-30. Recuperado de: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/69/66>
- Gomis Cebrián, R., Arellano Morata, C., Parra Hidalgo, P., Calle Urra, J. E., Oliver Roig, A., García de León González, R. y Alcaraz Quiñonero, M. (2009). Lactancia materna en la Región de Murcia. ¿Seguimos con el problema? *Acta Pediátrica Española*. 67(6), 283-289.
- González Cano, J. M. (2015). *Víctimas de la lactancia materna. ¡Ni dogmatismos ni trincheras!* Vila-real, Castellón de la Plana: Akane Ediciones.
- Conzález Cortijo, T y Sanchez-Contador Escudero, 2009. *Guía de Lactancia Materna*. Islas Baleares: Consejería de Salud y Consumo.
- González Fernández, M. A. (2011). Situación de la lactancia materna en España. *Paraninfo Digital*, 12. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n11-12/075d.php>
- González Rodríguez, C. (febrero, 2000). Problemas en el inicio de la lactancia. En J. Martín Calama (Presidencia) (Ed.), *1º Congreso Español de Lactancia Materna* (pp. 7-11). Valencia, España: IHAN.
- González Rodríguez, C. (2008). *Un regalo para toda la vida. Guía de lactancia materna* [edición revisada y actualizada]. Barcelona: Booket.
- Gormaz, M., Roqués, V., Dalmau, J., Vento, M., Torres, E. y Vitoria, I. (junio, 2011). Actividad de un banco de leche humana implantado en una unidad neonatal. *Acta Pediátrica Española*, 69(6), 283-287.
- Gorrita Pérez, R. R. (2014). La Lactancia materna, un desafío aún no superado. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 270-272.

- Gorrita Pérez, R. R. (2017). Respuesta: Semana mundial de lactancia materna y su impacto en las búsquedas de Google en países sudamericanos. *Revista Cubana de Pediatría* [carta al editor], 89 (1). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v89n1/ped14117.pdf>
- Gorrita Pérez, R. R., Bárcenas Bellot, Y., Gorrita Pérez, Y. y Brito Herrera, B. (2013). Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(2), 179-18
- Gorrita Pérez, R. R., Hernández Mompie, E. y Alfonso Hernández, L. (2017). Lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida, estrés y ansiedad maternos. *Medimay* 24(1), 37-52.
- Gorrita Pérez, R. R., Ortiz Reyes, D. y Alfonso Hernández, L. (2016). Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(1), 43-54. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v88n1/ped06116.pdf>
- Granado, S., Rodríguez, C., Olmedo, M. C., Chacón, A., Vigil, D. y Rodríguez, P. (diciembre, 2007). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. *Revista Española de Salud Pública*, 81(6), 637-645. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727200700060007&lng=es
- Grummer-Strawn, L. M. y Rollins, N. (2015). Summarising the health effects of Breastfeeding. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 1-2. doi: 10.1111/apa.13136
- Grummer–Strawn, L.M., Zehner, E., Stahlhofer, M., Lutter, Ch., Clark, D., Sterken, E., ... Ransom, E. I. (2017). New World Health Organization guidance helps protect breastfeeding as a human right. *Maternal Child Nutrition*, e12491. doi: 10.1111/mcn.12491
- Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Neonatología (2013). *Nutrición enteral y parenteral en recién nacidos prematuros de muy bajo peso*. Madrid, España: Ergón.

Grupo de Trabajo Centros de Salud-IHAN (2009). Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 11, 513-529. Recuperada de: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n43/12_colaboraciones.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de Práctica Clínica en el SNS. En Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA 2011/10) (Ed.)*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna (2017a). Guía para las madres que amamantan. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA. Recuperado de: http://www.redets.msssi.gob.es/documentos/GPCLactancia_mujeres_Osteba.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna (2017b). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guías de Práctica Clínica en el SNS*. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA

Grupo de trabajo de Historia de la Pediatría y Documentación pediátricas de la AEP. (octubre, 2014). *Historia y significación de las gotas de leche en España. Cuadernos de la Historia de la pediatría española*, 8. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cuaderno_de_historia_num_8_0.pdf

Gu, Y., Zhu, Y., Zhang, Z., & Wan, H. (2016). Effectiveness of a theory-based breastfeeding promotion intervention on exclusive breastfeeding in china: A randomised controlled trial. *Midwifery*, 42, 93-99. doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.010

Guasco Herrera, C., Chávez Servín, J. L., Ferriz Martínez, R. A., Torre de la Carbot, K., Elton Puente, E. y García Gasca, T. (junio, 2014). Poliaminas: pequeños gigantes de la regulación metabólica. *Revista de educación bioquímica*, 33(2), 51-57.

- Guijarro de Armas, M. G., Moreno Megías, S., Civantos Modino, S., Iglesias Bolaños, P., Díaz Guardiola, P y Montoya Álvarez, T. (2009). Importancia de la lactancia materna en la prevalencia del síndrome metabólico y en el grado de obesidad infantil. *Endocrinología y Nutrición*, 56 (8), 400-403. doi: 10.1016/S1575-0922(09)72709-3
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L. ... Hernández-Ávila, M. (noviembre, 2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Gutiérrez Pulido, D. (marzo, 2014). Origen de la iconografía de la virgen. Historia del Arte: El Arte de la Historia [artículo en blog]. Recuperado de: <https://bloghistoriadelararte.wordpress.com/2014/03/23/origen-de-la-iconografia-de-la-virgen-origin-of-the-iconography-of-the-virgin/>
- Hansen, K. (2016). Breastfeeding: A smart investment in people and in economies. *The Lancet*, 387 (10017), 416. doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00012-X
- Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Shah, VS., Taddio, A. ... Turner, L. (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. DOI: 10.1002 / 14651858.CD011248.pub2
- Hausen, H. Z. (2009). Childhood leukemias and other hematopoietic malignancies: Interdependence between an infectious event and chromosomal modifications. *International Journal of Cancer*, 125 (8), 1764-1770. doi: 10.1002/ijc.24365
- Hernández Aguilar, M. T (2004). Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (Ed.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (pp. 31- 43). Madrid, España: Ergón.

Hernández Aguilar, M. T. (2015). *Estudio de la suplementación de la dieta materna con cerveza sin alcohol, su efecto sobre las propiedades antioxidantes de la leche humana y sobre el metabolismo oxidativo infantil* (Tesis doctoral). Recuperada de RODERIC, Universidad de Valencia en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/48106>

Hernández Aguilar, M.T. y Aguayo Maldonado J. (octubre, 2005). La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Anales de Pediatría*, 63, 340-56. doi: 10.1157/13079817

Hernández Aguilar, M. T., Cerveró, L., García Ballester, M., Fernández Pérez, M., Gutiérrez, G., Lloret, J., . . . Segovia, C. (2004). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año de vida*. Valencia: Consellería de Salud, Generalitat Valenciana. Recuperado de: http://www.aeped.es/sites/default/files/1-guia_lm_peset.pdf

Hernández Aguilar, M. T., Lozano de la Torre, M. J., y Lasarte Velillas, J. J. (2009). La promoción de la lactancia materna. Bases científicas. En Asociación Española de Pediatría (Eds.), *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica* (153-157). Madrid: Médica Panamericana.

Hernández Aguilar, M. T. y Soriano Faura, F. J. (2016). En M. Gómez M y M. Menéndez (Ed). Validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna. *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*, 9, 1-3. Recuperado de: <https://fapap.es/articulo/371/validacion-de-un-cuestionario-sobre-conocimientos-y-habilidades-en-lactancia-materna-publicado-por-gomez-m-y-menendez-m>

Hernández Gamboa, E. (2008). Genealogía histórica de la lactancia materna. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 15. Recuperado de: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/genealogiahistorica.pdf>

Hernández, A., Coronel Rodríguez, M., Monge Zamorano, M. y Quintana Herrera, C. (junio, 2015). Microbiota, Probióticos, Prebióticos y Simbióticos. *Pediatría Integral*, 19(5), 337-354. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-06/microbiota-probioticos-prebioticos-y-simbioticos/>

Herrero Martínez, M. H. (septiembre, 2017). Políticas de promoción de lactancia materna en España y Europa: un análisis desde el género. *Dilemata* (Revista Internacional de Éticas Aplicadas), 25, 201-215.

Horta, B. L., Bahl, R., Martines, J. C. & Victora, C. G. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses* (NLM classification: WS 125). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf

Horta, B. L., Loret de Mola, C. & Victora, C. G. (2015). Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 14-19. doi: 10.1111/apa.13139

Ibarluzea, J., Aurrekoetxea, J. J., Porta, M., Sunyer, J. y Ballester, F. (noviembre, 2016). La biomonitorización de sustancias tóxicas en muestras biológicas de población general. *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 45-54. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.02.012

Icaza-Chávez, M. E. (octubre-diciembre, 2013). Gut microbiota in health and disease. *Revista de Gastroenterología de México* (edición en inglés), 78(4), 240-248. doi: 10.1016/j.rgmx.2013.04.004

IHAN. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. (13 de junio del 2016a). *Comité nacional de la IHAN* [iHan]. Recuperado de: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/comite-nacional-de-la-ihan/>

IHAN-Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF (2016b). *Cómo obtener estadísticas de lactancia*. España: IHAN. Recuperado de: [file:///C:/Users/ayor2/Downloads/00%20Estadisticas%20de%20lactancia%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ayor2/Downloads/00%20Estadisticas%20de%20lactancia%20(2).pdf)

Ilabaca, M. P. (octubre, 2011). Lactancia materna: una experiencia en 3D. *Salud en familia*. Disponible en: <http://www.saludenfamilia.es/general.asp?Seccion=686&CI=3605>

Instituto Canario de Estadísticas. ISTAC (2016). *Resultados comparados 2004-2009-2015. Hábitos de vida*. Encuestas de Salud de Canarias. Recuperado de: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>

Instituto Nacional de Estadística (2 junio 2016). *Determinantes de salud (sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física, cuidados en el entorno familiar)*. Recuperado de: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

Instituto Nacional de Estadística (2011-2012). *Tipo de lactancia por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia y duración*. Recuperado de: http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/10/&file=d06003.px

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D. ... Lau, J. (abril, 2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*. Evidence Report/Technology Assessment, 153 (Prepared by Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0022). AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Np_Magula/publication/6076615_Breastfeeding_and_Maternal_Health_and_Infant_Health_Outcomes_in_Developed_Countries/links/557651a508aeacff1ffe62c2.pdf

Isolauri, E. (junio, 2001). Probiotics in human disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 73 (6), 1142S-1146S.

Jain, A., Concato, J. & Leventhal, J. M. (2002). How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence? *Pediatrics*, 109, 1044-1053.

Johnson, K. J., Cullen, J., Barnholtz-Sloan, J. S., Ostrom, Q. T., Langer, C. E., Turner, M. ... Scheurer, M. E. (2014). Childhood Brain Tumor Epidemiology: A Brain Tumor Epidemiology Consortium Review. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 23(12), 2716–2736. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-14-0207

- Juez García, G., Niño Moya, R., Ortega Weason, R., Mena Nannig, P., Santander Rigollete, S., González Opazo, M. (Ed.). (2010). *Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud* (2ª edición). Chile: Ministerio de Salud.
- Kalliomäki, M., Collado, M. C., Salminen, S. & Isolauri, E. (2008). Early differences in fecal microbiota composition in children may predict overweight. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87 (3): 534-538. doi: 10.1093/ajcn/87.3.534
- Kean, Y. J. (2016). *Breaking the rules 2014 (BTR). Evidence of violations of the international code of marketing of breast-milk substitutes and subsequent resolutions compiled from January 2011 to December 2013*. Penang, Malaysia: IBFAN-ICDC. Recuperado de: <http://www.babymilkaction.org/wp-content/uploads/2014/05/BTR14inbrief.pdf>
- Ke-Lai, W., Chun-Lan L., Yan, Z. & Hong-Yi, Q. (2013). Breastfeeding and the risk of childhood Hodgkin lymphoma: a systematic review and meta-analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14 (8), 4733-4737. doi: 10.7314 / APJCP.2013.14.8.4733
- Kent, G., Saded, G. y Abul-fadl, A. (enero-mayo, 2016). Análisis crítico de la provisión gubernamental de fórmula infantil en Egipto. *Medicina Social* (editorial), 11, 1-5.
- Kramer, M. y Kakuma, R. (agosto, 2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(8). doi: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
- La biblia (1972). Trad. Casa de la Biblia. *En Círculo de Lectores* (ed.). Barcelona, España: Ediciones Giner.
- La Liga de la Leche, España (2016). Lactancia Materna [sitio en internet]. Recuperado de: http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/index.htm
- Lappalainen, T. & Dermitzakis, E.T. (octubre, 2010). Evolutionary history of regulatory variation in human populations. *Human Molecular Genetics*, 19 (R2), 197-203. doi: 10.1093/hmg/ddq406.

- Lasarte Velillas, J. J. y Hernández Aguilar, M.T. (octubre-diciembre 2009). Lactancia Materna. Preguntas más frecuentes. *Pediatría Atención Primaria*, 11 supl.17.
- Latham, M. C. (2002). Nutrición humana en el mundo en desarrollo. *Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29* (Publicación nº w0073). Roma: FAO. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s00.htm#Contents>
- Lawrence, R. M. y Lawrence, R. A. (septiembre, 2004). Leche materna e infección. *Clinics in Perinatology*, 31(3), 501-528.
- Lawrence, R. A. y Lawrence, R. M. (2007). *Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica* (sexta edición) (Trad. S. Madero García). Madrid: Elsevier.
- León-Cava, N., Lutter, Ch., Ross, J. y Martin, L. (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia* (Trad. N. Rybak y F. Vallone). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Llop, S., Porta, M., Martínez, M. A., Aguinagalde, X., Fernández, M. F., Fernández-Somoano, A., ... Ballester, F. (marzo-abril, 2013). Estudio de la evolución de la exposición a plomo en la población infantil española en los últimos 20 años. ¿Un ejemplo no reconocido de «salud en todas las políticas»? *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 149–155. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.01.019
- Lodge, C. J., Tan, D. J., Lau, M. X. Z., Dai, X., Tham, R., Lowe, A. j., Bowatte, G. ... Dharmage, S. C. (noviembre, 2015). Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 38-53. doi: 10.1111/apa.13132
- López Pérez, M. (mayo, 2005). Los textos ginecológicos en la antigüedad tardía: el catecismo de las parteras de mustio. *Enfermería Global*, 6. Recuperada de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/515/529>
- Lozano de la Torre, M. J. (febrero 2000). Funciones de los oligosacáridos en la leche materna. En J. Martín Calama (Presidencia) (Ed.), *1º Congreso Español de Lactancia Materna* (pp. 42-43). Valencia, España: IHAN.

Lozano de la Torre, M. J (2010). Lactancia materna. En Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y Asociación española de Pediatría (Eds.). *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica* (pp.279-286). Madrid: Ergón S.A. Recuperado de: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion>

Lutter, C. (2010). *¡El inicio temprano de la lactancia materna: La clave para supervivencia y desarrollo!* Ginebra: OMS.

Lykke, E., Fleischer, K., Sanders, S. A & Reinisch, J. M. (2002). The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 287, 2365-2371.

Madrigal, L. y González-José R. (Eds.). (2016). *Introducción a la Antropología Biológica*. Edición: Asociación Latinoamericana de Antropología Biológica. <http://antropologiabiologica.org/Alab/wp-content/uploads/2016/04/Introducci%C3%B3n-a-la-Antropolog%C3%ADa-Biol%C3%B3gica-1.pdf>

Maldonado Lobón, J. A. (2017). *Lactobacillus Fermentum CECT5716: un aliado durante la lactancia* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Recuperada de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/26729581.pdf>

Mandel, D., Lubetzky, R., Dollberg, S., Barak, S. & Mimouni, F.B. (2005). Fat and Energy Contents of Expressed Human Breast Milk in Prolonged Lactation. *Pediatrics*, 116(3), e432–5.

Manohar, H., Pravallika, M., Kandasamy, P., Chandrasekaran, V. y Rajkumar, R. P. (enero-marzo, 2018). Role of Exclusive Breastfeeding in Conferring Protection in Children At-Risk for Autism Spectrum Disorder: Results from a Sibling Case-control Study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 9(1), 132-136. doi: 10.4103/jnrp.jnrp_331_17.

- Marchbank, T., Weaver, G., Nilsen-Hamilton, M. & Playford, R. J. (abril, 2009). Pancreatic secretory trypsin inhibitor is a major motogenic and protective factor in human breast milk. *American Journal of Physiology Gastrointestinal and Liver Physiology*, 296(4), 697-703. doi: 10.1152/ajpgi.90565.2008
- Marín Ospina, J., Jiménez, A. M. y Villamarín Betancourt, E. (2016). Influencia de la lactancia materna en la formación del vínculo y en el desarrollo psicomotor. *Colección Académica de Ciencias Sociales*, 3 (2), 1-10. Recuperado de: <http://revistas.upb.edu.co/index.php/cienciassociales/article/view/6639/6121>
- Margolles Martins, M., Donate Suarez, I. (2013). *III Encuesta de salud para Asturias, año 2012*. Informe. Oviedo: Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. Recuperado de: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/ESA2012_Informe.pdf
- Margolles Martins, M. y Donate Suarez, I. (2014). *III Encuesta de Salud para Asturias 2012. Dirección General de Salud Pública. Lactancia Materna. Informes breves I*. Oviedo: Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. Recuperado de: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/Breves/ESA%20IB_1_Lactancia.pdf
- Marsá González, V. (2009). ¿COMADRONAS O BRUJAS? ¿DOCTAS O ENFERMAS? *Dossiers Feministes*, 13, 89-102. Recuperado de: <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/dossiers/article/view/641/548>
- Martín Arribas, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*, 5(17), 23-29.
- Martín Calama, J. (1997). Lactancia materna en España hoy. *Boletín de pediatría*, 37, 132-142. Recuperado de: https://www.sccalp.org/documents/0000/0549/BolPediatr1997_37_132-142.pdf

- Martínez Fernández, M.R., Gonzalo Hombrados, J., Sanz Rosado, A., Hindi y El Kassis, B., Martín Aranda, M. P., AM. Canicatti Galiano, A. M. (2003). Influencia del trabajo materno sobre la lactancia natural. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 5, 385-394.
- Martínez Fernández, M. R., Grifo Peñuelas, M. J., Canicatti Galiano, A. M., Sanz Rosado, A. V., Hindi y El Kassis, B. y Gonzalo Hombrados, J. (2004). Lactancia materna. Volviendo a los cincuenta. *SEMERGEN*, 30(4), 159-163.
- Martínez-Galán, P., Martín Gallardo, E., Macarro-Ruiz, D., Martínez-Martín, E. y Manrique-Tejedor, J. (febrero-marzo, 2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 14 (1), 54-66. doi: 10.1016/J.REU.2016.11.005
- Martínez Galiano, J. M. y Delgado Rodríguez, M. (2013). El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(3), 254-257.
- Martínez García, V. J. (2015). Laniakea, la última frontera. *Mètode*, 85, 103.
- Martínez Sabater, A. (2014). *Las nodrizas y su papel en el desarrollo de la sociedad española. Una visión interdisciplinar* (Tesis doctoral, Universidad de Alicante). Recuperada de: https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=RfUiYqMAAAAJ&citation_for_view=RfUiYqMAAAAJ:LK8CI43ZvVMC
- Martínez-Sabater, A., Juárez-Colom, J., Solano-Ruiz, M. C. y Siles-González, J. (2017). Las nodrizas en el periódico ABC (1903-1920). *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(48). doi: 10.14198/cuid.2017.48.11
- Martínez Sabater, A., Siles Gonzáles, J., Sancho Cantus, D. y Solano Ruiz, C. (2012). La Balía (1999). Una visión de las nodrizas en los albores del siglo XX. *Revista de medicina y cine*, 8(2), 59-66.

- Martínez-Sabater, A., Siles-González, J. y Solano-Ruiz, C (2016). Los expósitos y su representación en “La Gazeta de Madrid”. *Cultura de los Cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 20(46), 54-73. doi:10.14198/cuid.2016.46.06
- Martínez-Sabater, A., Siles-González, J., Solano-Ruiz, M. C. y Saus Ortega, C. (2017). Visión social de las nodrizas en el periódico “La Vanguardia” (1881-1908). *Dilemata*, 25, 69-84.
- Maslow, A. (1943). A Theory of human motivation. *Psychological Review*, 50 (4), 370-396.
- Massó Guijarro, E. (2013). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*, 11, 169-206. Recuperado de: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/198>
- May, V., Ferreiro, N. y Mangalavon, G. (2015). En Z. Ortiz, A. Speranza (Eds.) *Derechos de los recién nacidos prematuros* (1ª edición). Argentina: UNICEF.
- McLaren, D. S. (1982). Nutritional assessment. En: D. S. Mc Laren & D. Burman (Eds), *Textbook of paediatric nutrition* (2nd ed) (pp. 88-99). Edimburgo, Escocia: Churchill Livingstone.
- McQueen, K. A., Dennis, C. L., Stremler, R. & Norman, C. D. (2011). A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *JOGNN*, 40(1), 35-46.
- Meadows-Oliver, M. (Ed.). (2015). *Enfermería Fácil. Enfermería pediátrica* (2ª Edición). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Menárguez Puche, J.F., Saturno Hernández, P.J. y López Santiago, A. (1999). Validación de un cuestionario para la medición del clima organizacional en centros de salud. *Atención Primaria*, 23 (4), 192-197. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validacion-un-cuestionario-medicion-del-14759>

Méndez Salamea, J. (2013). *Escultura Orgánica: mi cuerpo y el cuerpo del otro*. Tesis de maestría. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3412>

Mengual Gil, J. (marzo, 2016). *Cribado de la tuberculosis*. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Recuperado del sitio de internet de PrevInfad/PAPPS: <http://www.aepap.org/previnfad/tbc.htm>

Merrill, K. (2001). Breastfeeding: How Long is Best? *Nutrition Bytes*, 7(1). Recuperado de: <https://escholarship.org/content/qt2fz0c2bp/qt2fz0c2bp.pdf>

Metcalfe, D. D., Sampson, H. A. & Simon, R. A. (Ed). (2008). *Food allergy: adverse reactions to foods and food additives* (4th ed.). Massachusetts, USA: Blackwell.

Metcalfe, J. R., Marsh, J. A., D'Vaz, N., Geddes, D. T., Lai, C. T., Prescott, S. L. & Palmer, D. J. (2016). Effects of maternal dietary egg intake during early lactation on human milk ovalbumin concentration: a randomized controlled trial. *Clinical & Experimental Allergy*, 46(12), 1605-1613. doi: 10.1111/cea.12806

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Encuesta Nacional de Salud 2006. [Página Web Ministerio de Sanidad y Consumo] Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Estrategia para la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad y Política social (2009). *Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Ministerio de Sanidad y Política social (2010a). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política social (2010b). *Cuidados desde el nacimiento Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: <file:///C:/Users/ayor2/Downloads/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política social (2011a). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011b). *IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: <file:///C:/Users/ayor2/Downloads/IHAN.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (junio, 2015). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012*. Informes, estudios e investigación 2015. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infSNS2012.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *La salud de la población en España*. Resultados de la Encuesta Europea de Salud en España EESE 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017. Recuperado de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/EESE14_inf.pdf

Molina, V. (febrero, 2000). Lactancia materna en recién nacidos prematuros. En J. Martín Calama (Presidencia) (Ed.), *1º Congreso Español de Lactancia Materna* (pp. 48-51). Valencia, España: IHAN.

- Molinari, C. E., Casadio Y. S., Hartmann B. T., Livk A., Bringans S., Arthur P. G. & Hartmann P. E. (febrero, 2012). Proteome Mapping of Human Skim Milk Proteins in Term and Preterm Milk. *Jouenal of proteome research*, 11 (3), 1696–1714. Doi: 10.1021/pr2008797
- Montoya Beleña, S. (2015). El tríptico de la Virgen de la Leche: una pintura de Joan de Joanes perteneciente al extinguido convento de carmelitas descalzas de San José y Santa Teresa de Valencia. En F. J. Campos y F. de Sevilla (coordinadores), *Santa Teresa y el mundo teresiano del barroco* (pp. 745-764). San Lorenzo de El Escorial, Madrid: Real Centro Universitario Escorial-María Cristina.
- Moore, E. R., Anderson, G. C. & Bergman, N. (2007). Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. *Biblioteca Cochrane Plus* (trad. y ed), 4. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/piel_apiel_neonato.pdf
- Morales y González J. L. (1951). *La lactancia materna es ineludible deber de conciencia y, desde un punto de vista sanitario, un grave delito su abandono. El papel del médico católico en su defensa*. Sevilla: Editorial Católica Española, S. A.
- Morán, M., Naveiro, J. C., Blanco, E., Cabañeros, I., Rodríguez, M. y Peral, A. (marzo-abril, 2009). Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutrición Hospitalaria* 24(2): 213-217. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200017&lng=es
- Morgan, J. (2003) *El cerebro en evolución*. Barcelona: Ariel.
- Muñoz, E., Casanello, P., Krause, B., Uauy, R. (Julio, 2015). La alimentación de la madre, el bebé y el niño. *Mediterráneo Económico*, 27, 57-74. Recuperado de: <http://www.publicacionescajamar.es/pdf/publicacionesperiodicas/mediterraneo-economico/27/27-723.pdf45>
- Muñoz, A. y Dalmau, J. (2008). Alimentación del recién nacido sano. En Asociación Española de Pediatría (ed). *Protocolos actualizados al año 2008*. Recuperado de: <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/Articulos/5.pdf>

- Muñoz Pradas, F. (2016), La implantación de las Gotas de Leche en España (1902-1935): un estudio a partir de la prensa histórica. *Asclepio*, 68(1), 131. doi: 10.3989/asclepio.2016.10
- Muraro, A., Dreborg, S., Halken., S., Høst, A., Niggemann, B., Aalberse, R. ... Zeiger, R. S. (2004). Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part III: Critical review of published peer-reviewed observational and interventional studies and final recommendations. *Pediatric Allergy and Immunology*, 15, 291–307.
- Obladen, M. (2012), Bad milk, part 1: antique doctrines that impeded breastfeeding. *Acta Paediatrica*, 101, 1102-1104. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02814.x
- O'Connor L. A. (17 de junio de 2015). Q&A with #ILCA15 Speaker Katherine Dettwyler. [Blog International Lactation Consultant]. Recuperado de: <https://lactationmatters.org/2015/06/17/ga-with-ilca15-speaker-katherine-dettwyler/>
- Oddy W. H., Sly P. D., de Klerk N. H., Landau L. I., Kendall G. E., Holt P. G. & Stanley, F. (2003) Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child*, 88(3), 224-28.
- Ohland, C. L. & Macnaughton, W. K. (junio 2010). Probiotic bacteria and intestinal epithelial barrier function. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, 298 (6), G807-19. doi: 10.1152 / ajpgi.00243.2009.
- Oliver, A. (2003). Factores de influencia en la duración de la lactancia materna en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 13 (6), 329.
- Oliver, A. (2012). *El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia* (tesis doctoral). Alicante: Universidad de Alicante.
- Olza, I. (2013). *Lactivista*. Tenerife: España: OB STARE.

Olza, I (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. *DILEMATA. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 25, 217-225.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1981). *Modalidades de la lactancia natural en la actualidad*. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra: OMS. Recuperado de:

https://www.unicef.org/spanish/publications/index_search.php

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1985). *Cantidad y calidad de la leche materna*. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de lactancia natural. Ginebra: OMS. Recuperado de:

https://www.unicef.org/spanish/publications/index_search.php

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural (WHO/CHD/98.9)*. División de salud y desarrollo del niño. Ginebra: Organización Mundial de la salud. Recuperado de:

http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (mayo, 2001). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA54.2. Ginebra: Autor. Recuperado de:

https://www.unicef.org/spanish/publications/index_search.php

Organización Mundial de la Salud (OMS) (16 de abril de 2002). *Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. A55/15. Ginebra, 16 de abril de 2002. Recuperado de:

https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_estrategia_mundial.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño* (Clasificación NLM: WS 120). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:

http://www.who.int/nutrition/publications/g_s_infant_feeding_text_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (6-8 noviembre, 2007). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño*. Conclusiones de la reunión de consenso. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (febrero 2015a). Continuación de la lactancia materna. *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)*. Recuperado de: http://www.who.int/elena/titles/continued_breastfeeding/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (febrero, 2015b). Inicio temprano de la lactancia materna. *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)*. Recuperado de: http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (mayo, 2016a). *Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños*. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA69.9. Ginebra: OMS. Recuperado de: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Recomendaci%C3%B3n%20WHO%202016.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (junio, 2016b). Lactancia materna exclusiva. *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)*. Recuperado de: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (febrero, 2017a). Lactancia continua para un crecimiento y desarrollo saludables de los niños. *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA)*. Recuperado de: http://www.who.int/elena/titles/continued_breastfeeding/en/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017b). *Más sano, más justo, más seguro: la travesía de la salud mundial 2007–2017*. Ginebra: Autor. Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/259204>

Organización Mundial de la Salud (OMS) - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (1990). *Declaración de Innocenti*. WHO. Resolución EHA. Florencia: OMS. Recuperado de: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html

Organización Mundial de la Salud (OMS) – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Singapur: OMS. Recuperado de: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/ga_infant_feeding_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Semana Mundial de la Lactancia Materna 2016. Lactancia materna: clave para el desarrollo sostenible. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35506&Itemid=270&lang=es

Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M. ... Ibarluzea, J. (enero-febrero, 2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 4-9. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.08.002

Ortega Sánchez, D. (2011). Infancia, familia y educación en la Edad Moderna española: un recorrido a través de las fuentes pedagógicas (siglos XVI-XVII). *Tejuelo*, 11, 85-103. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3719585.pdf>

- Osorio, L. M. y Umbarila, A. S. (2015). Microbiota de la glándula mamaria. *Pediatría*, 48(1), 1-8. Recuperado de: <http://revistapediatria.org/rp/article/view/44/36>
- Palacios Ortiz, M. D. (2015). *Valor calórico de la leche materna, a través del crematocrito, y su relación con los hábitos alimentarios de las madres lactantes que acuden al banco de leche del hospital regional de la ciudad de Ambato durante el período de octubre a noviembre 2014* (Tesis de maestría), Recuperada del Repositorio de Tesis de Grado y Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8900>
- Pallás Alonso, C. R. (2006). *Promoción de la lactancia materna. En PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia (Ed.)*. Recuperado de: <http://www.aeped.es/sites/default/files/4-promocion-de-lactancia-previnfad.pdf>
- Pallás Alonso, C. R. (2008). Bancos de leche de madre. *En Asociación Española de Pediatría (Eds.), Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica* (1ª edición) (153-157). Madrid: Médica Panamericana.
- Pallás Alonso, C. R. (15, mayo, 2009). Perlinfad. Controversias del nuevo documento de la ESPGHAN sobre alimentación complementaria y lactancia materna. Las perlas de PrevInfad [blog en Internet]. Recuperado de: <https://perlinfad.wordpress.com/2009/05/15/controversias-del-nuevo-documento-de-la-espghan-sobre-alimentacion-complementaria-y-lactancia-materna/>
- Palomares, M, J., Fabregat, E., Folch, S., Escrig, B., Escóin, F. y Gil, C. (2011), Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 13, 47-62.
- Paredes Núñez, K. y Valdivieso Vargas-Machuca, M. V., (julio-diciembre, 2008). Lactancia en el infante: materna, artificial y sus implicancias odontológicas. *Odontología Pediátrica*, 7 (2), 27-33. Recuperado de: http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/303/Art_HorruitinerGutierrezL_ManejoPacienteAutista_2008.pdf?sequence=1#page=28

- Paricio Talayero, J. M. (2004). Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. *En* Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (Ed.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (pp. 7-25). Madrid (España): Ergón.
- Paricio Talayero, J. M. (2014). *Lactancia prolongada... ¿Hasta cuándo es normal? Perspectiva histórico-antropológica*. Trabajo presentado en el VII Congreso Español de Lactancia Materna de la IHAN, Madrid, España. Recuperado de: <http://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/Lactancia-materna-prolongada-perspectiva-historico-antropologica.pdf>
- Paricio Talayero, J.M. (febrero, 2015). *La importancia de la lactancia en nuestra sociedad. Mito o realidad*. Trabajo presentado en el VIII Congreso Español de Lactancia Materna de la IHAN, Bilbao, España. Recuperado de: <https://www.ihan.es/boletines-noticias-ihan/ponencias-y-publicaciones-congresos-ihan/>
- Paris, E. (20 de mayo de 2011). Lactancia en el arte egipcio. *Bebés y más*. Recuperado de: <http://www.bebesymas.com/lactancia/lactancia-en-el-arte-egipcio>
- Parrilla Gil, M. J. (octubre, 2014). Influencia de la lactancia materna y el inicio de la alimentación en el desarrollo de enfermedades alérgicas entre los 3 y 6 años de edad. *Metas de Enfermería*, 17(8), 18-26. Recuperado de: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80645/>
- Passarelli, I. (2009). *Lactancia materna: su importancia en los primeros seis meses de vida*. Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios Internacionales par el Desarrollo (CEID). Recuperado de: http://www.ceid.edu.ar/biblioteca/2009/irma_passarelli_lactancia_materna.pdf
- Pavón Belinchón, P., Parra Martínez, I. Aparicio Rodrigo, M. y Arroba Lasanta, M. L. (2007). Alimentación del lactante sano. *En* Asociación Española de Pediatría (Ed.) *Manual práctico de Nutrición en Pediatría* (41-60). Majadahonda (Madrid): Ergón.

- Penders, J., Thijs, C., Vink, C., Stelma, F. F., Snijders, B., Kummeling, I. ... Stobbering, E. E. (2006). Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. *Pediatrics*, 118 (2), 511-521. doi: 10.1542 / peds.2005-2824
- Penna, F. J., Péret, L. A., Vieira, L. Q., Nicoli, J. R. (septiembre, 2008). Probiotics and mucosal barrier in children. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 11(5), 640–644. doi: 10.1097 / MCO.0b013e32830a70ab.
- Perdomo Giraldi, M. y De Miguel Durán, F. (mayo, 2015), Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatría Integral*, XIX (4), 260-267. Recuperado de: <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/alimentacion-complementaria-en-el-lactante/>
- Pérez Miranda, I. (2011). *Mito y género en la Grecia antigua Tantálidas, Labdácidas y Dardánidas* (Tesis doctoral, Facultad de Geografía e Historia, Universidad de Salamanca). Recuperada de: http://gedos.usal.es/jspui/bitstream/10366/115595/1/DPHAA_Perez_Miranda_I._Mito_y_genero.pdf
- Pickering, L. K., Morrow A. L., Ruiz-Palacios G. M., Schanler R. (eds). (2011). Protecting Infants through Human Milk. Advancing the Scientific Evidence. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 554. New York: Springer-Verlag.
- Pittman, G. (2012). Estudios vinculan lactancia con pulmones más fuertes y menos asma. *MedlinePlus* [en línea]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_121642.html.
- Plutarco (1803). *Primera parte de los pensamientos morales de Plutarco* (Trad. E. Ataíde y Portugal). Madrid: Oficina de Aznar (Trabajo original sin fecha). Recuperado de: <http://bib.us.es/derechoytrabajo/pixelegis-filosofia>
- Plutarco (1803). *Segunda parte de los pensamientos morales de Plutarco* (Trad. E. Ataíde y Portugal). Madrid: Oficina de Aznar (Trabajo original sin fecha). Recuperado de: <http://bib.us.es/derechoytrabajo/pixelegis-filosofia>

Plutarco (2003). *Obras Morales y de costumbres (Moralia)*. (Trad. M. Valverde Sánchez, H. Rodríguez Somolinos y C. Alcalde Martín). Madrid: Cremos S.A. (Trabajo original sin fecha).

Porta, M., Puigdomènech, E., Ballester, F., Selva, J., Ribas-Fitó, N., Domínguez-Boada, L., ... Fernández, M. (mayo, 2008) Estudios realizados en España sobre concentraciones en humanos de compuestos tóxicos persistentes. *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 248-66. doi: 10.1157/13123971

Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa (2004). *Protección, promoción y ayuda de Lactancia en Europa: un plan para acción*. Comisión Europea (CE Proyecto Contract N. SPC 2002359). Luxemburgo: Dirección Pública de Salud y Asesoramiento de Riesgos. Recuperado de: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2_002_18_en.htm

Quero Jiménez, J., Sáenz de Pipaón Marcos, M., Salas Hernández, S. (2007). Alimentación del lactante sano. En Asociación Española de Pediatría (Ed.) *Manual práctico de Nutrición en Pediatría* (61-78). Majadahonda (Madrid): Ergón.

Ramos, M. L. (1999) *La lactancia materna, un reto personal*, 2ªed. Santander: Dirección General de Sanidad y Consumo del Gobierno de Cantabria.

Reboreda Morillo, S. (2017). La lactancia en la antigua Grecia: entre el mito y la historia. *DILEMATA. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 25, 23-35.

Redondo Collado, D., Fraile García, P., Segura Del Arco, R., Villena Coronado, G., Rodríguez Puente, Z., Boix García-Atance, L., Postigo Mota, F. (2016). Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna. En Federación de asociaciones de Matronas de España (ed). *Evidencia científica. FAME*. Barcelona: Esmon Publicidad S.A. Recuperado de: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/lactancia-materna-2-6-16.pdf>

- Rodríguez Belmonte, M. L., Zavala Pérez, G. E., Vite Torres, L., Espinosa Calvo, M. T. (2010). Valoración inmunológica y nutricia del calostro en mujeres de bajo nivel socioeconómico en Cautla, Morelos, como una visión integral de la lactancia. *Pediatría de México*, 12(1), 33-38. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2010/pm101g.pdf>
- Rodríguez García, R. (2015). Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Revista de Antropología Experimental*. 15(23). 407-429. Recuperado de: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/2620/2112>
- Rodríguez García, R. (2017). Nodrizas y amas de cría. Más allá de la lactancia mercenaria. *DILEMATA. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 25, 37-5
- Rodríguez Peinado, L. (2013). La virgen de la leche. *Revista Digital De Iconografía Medieval*, 5(9), 1-11. Recuperado de: [https://www.ucm.es/data/cont/docs/621-2013-11-21-Virgen de la leche LAURA RODRIGUEZ.pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/621-2013-11-21-Virgen%20de%20la%20leche%20LAURA%20RODRIGUEZ.pdf)
- Rojas-Marcos, L. (2014). *La Familia: de relaciones tóxicas a relaciones sanas*. Barcelona: Grijalbo.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., . . . Victora, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2
- Romero Reverón, R. (2013). Rufus de Éfeso (I d.C.), Médico y Anatomista Greco-romano. *International Journal of Morphology*, 31(4), 1328-1330. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v31n4/art29.pdf>
- Rosso, F., Skarmeta, N. & Sade, A. (2013). *Informe técnico Encuesta Nacional de Lactancia Materna en Atención Primaria (ENALMA)*. Chile: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL ENALMA 2013.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_ENALMA_2013.pdf)

Ruiz Poyato, P. y Martínez Galiano, J. M. (agosto 2014). Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. *ENE, Revista de Enfermería*, 8(2). Disponible en <http://ene-enfermeria.org/ojs>

Ruz Saldívar, C. (2012). El legado del antiguo Israel. *Revista de Claseshistoria*, (7), 2. Recuperado de: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-ElLegadoDelAntiguolsrael-5171606.pdf>

Sacristán Martín, A. M., Lozano Alonso, J. E., Gil Costa, M., A.T. Vega Alonso, A. T (enero-marzo, 2011). Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Pediatría Atención Primaria*, 13(49), 33-46. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=es&tlng=es.

Salazar, S., Chávez, M., Delgado, X., & Eudis Rubio, T. P. (2009). Lactancia materna. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 72(4), 163-166. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400010&lng=es&tlng=es

Salone, L. R., Vann, W. F. & Dee, D. L., (febrero, 2013). Breastfeeding An overview of oral and general health benefits. *Jada*, 144 (2), 143-151. doi: 10.14219/jada.archive.2013.0093

Sánchez-Crespo, R. (14, junio, 2007). El código de hamurabi: Leyes 151 a 200 [Mensaje del blog Historia clásica 2000 años después y tanto por descubrir...] Recuperado de: <http://www.historiaclasica.com/2007/06/el-codigo-de-hammurabi-leyes-101-150.html>

Sánchez Hernández, J. P. (2015). Ashoka, el emperador pacifista de la India. *Historia National Geographic*, 140, 8-11. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/329661254/Historia-National-Geographic-2015-08>

- Sánchez Luna, M., Pallás Alonso, C.R., Botet Mussons, F., Echániz Urcelay, I., Castro Conde, J. R. y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (2009). Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *Anales de Pediatría* (Barc.), 71(4), 349-361.
- Sánchez Ruiz-Cabello, F. J. y Ortiz González, L. (2014). Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 2): Actividades preventivas. *Pediatría Atención Primaria*, 16(61), 71-80. doi: 10.4321/S1139-76322014000100014
- Sankar, M. J., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martines, J. & Bahl, R. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(S467), 3-13. doi: 10.1111/apa.13147
- Sanmartín, J. (1999). *Códigos legales de tradición babilónica*. Barcelona: Trotta.
- Segura Sánchez, M. P. (2014). *Dificultades en el mantenimiento de la lactancia materna*. (Trabajo fin de Máster). Universidad de Almería. Recuperado de: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2603/Trabajo.pdf?sequence=1>
- Semi, L. (15 noviembre, 2011). Importancia de la lactancia materna en el establecimiento del vínculo afectivo materno-filial. *Portales médicos.com*. Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3795/4/Importancia-de-la-lactancia-materna-en-el-establecimiento-del-vinculo-afectivo-materno-filial>
- Sherman, P. M., Ossa, J. C. & Johnson-Henry, K. (febrero - marzo, 2009). Unraveling mechanisms of action of probiotics. *Nutrition Clinical Practice*, 24 (1), 10-4. doi: 10.1177 / 0884533608329231.
- Serra, J. (2016). Microbiota intestinal. *Atención Primaria*, 48, 345-346. doi: 10.1016/j.aprim.2016.04.003

- Serrano Honeyman, C. A. y Harris Diez, P. R. (2016). Desarrollo del microbioma intestinal en niños. Impacto en salud y enfermedad. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(3), 151-153. doi: 10.1016/j.rchipe.2016.04.002
- Serrano Honeyman, C. A., Leon Rios, M. A. y Harris Diez, P. R. (2016). Desarrollo de la microbiota gastrointestinal en lactantes y su rol en salud y enfermedad. *ARS Médica. Revista de ciencias médicas*, 41(1), 35-43. doi: 10.11565/arsmed.v41i1.53
- Serret Serret, M. (2015). *El cuidado enfermero del vínculo y el apego entre padres y madres e hijos prematuros en una unidad neonatal* (Tesis doctoral, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona). Recuperada de: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/285312/Tesi%20Maria%20OSerret%20Serret.pdf?sequence=1>
- Sierra Talamantes, C., Muñoz Izquierdo, A., Peiró Andrés, M.A., Valls Andrés, S., López. I., Famoso Poveda, M. J. ... Garrigós Hernandez, E. M. (2009). Elaboración de un cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos cardiológicos desde la percepción de los pacientes. *Enfermería Cardiológica*, 47-48, 71-79.
- Siles González, J. (febrero, 2010). Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances en Enfermería*, [S.I.], 28, 120-128- Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21456/22450>
- Silla, A. (noviembre, 2016). El Departamento de Salud de Dénia apuesta por la Lactancia Materna. *Salut i Força [Ciencia]*, 99, 33.
- Sinha, B., Chowdhury, R., Sankar, M. J., Martines, J., Taneja, S., Mazumder, S., Rollins, N. ... Bhandari, N. (2015), Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 114–134. doi:10.1111/apa.13127
- Slusser, W. & Powers, N. G. (septiembre, 1997). Breastfeeding. Actualization 1: Immunologic, nutrition and advocacy. *Pediatrics in review*, 18(7), 243-250.

- Solano-Ruiz, Siles-González, Martínez Sabater, Juárez Colom, 2017. Las nodrizas en el periódico ABC (1903-1920). *Cultura de los cuidados*, 48, 86-110.
- Soler, E. (2017). Bancos de leche, parentesco de leche e Islam. Restricciones alimentarias entre la población infantil en Barcelona. *DILEMATA. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 25, 109-119.
- Sosa Sánchez, N., Reyes Suárez, O. V. y Pérez Navarro, N. y Mato González, A. (marzo-abril, 2017). Diámetro transversal y hábitos bucales perjudiciales en lactancia materna. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar de Río*, 21(2), 257-265.
- Souza (de) Vargas, V. y Flores Soares, M. C. (2010). Estado nutricional e padrões de aleitamento em crianças acometidas por doenças respiratórias no Sul do Brasil. *ConScientiae Saúde*, 9 (2), 194-205. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/929/92915260005/>
- Sung, V., Hiscock, H., Tang, M. L. K., Mensah, F. K., Nation, M. L., Satzke, C. ... Wake, M. (enero, 2014). Treating infant colic with the probiotic *Lactobacillus reuteri*: double blind, placebo controlled randomised trial. *BMJ*, 348, g2107. doi: 10.1136/bmj.g2107
- Tengku Alina T. I. y Zaharah S. (2010). Reliability and validity of a Malay-version questionnaire assessing knowledge of breastfeeding. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 17(3): 32–39.
- Tham, R., Bowatte, G., Dharmage, S., Tan, D., Lau, M., Dai, X., Allen, K. & Lodge, C. (2015), Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 62–84. doi:10.1111/apa.13118
- Tobar, L. Chinchilla, M., Cortés, Y. y Mondragón, A. (1996). Estado alimentario y nutricional de comunidades indígenas y poblaciones afrocolombianas. Gran Expedición Humana. Terrenos de la Gran Expedición Humana (como se citó en Becerra Bulla et al., 2009). *Serie de reportes de Investigación*, 8. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

- Tornadijo, M. (febrero, 2015). *Maternidad y derechos*. Trabajo presentado en el VIII Congreso Español de Lactancia Materna de la IHAN, Bilbao, España. Recuperado de: <https://www.ihan.es/boletines-noticias-ihan/ponencias-y-publicaciones-congresos-ihan/>
- Toro-Huamanchumo, C. J., Abarca-Acuña, B., Eyzaguirre-Villagarcía, J.; Guerrero-Sosa, F. C. y Quiñones-Laveriano, D. M. (2017). Semana mundial de lactancia materna y su impacto en las búsquedas de Google en países sudamericanos. [Carta al director]. *Revista Cubana de Pediatría*, 89 (1). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v89n1/ped13117.pdf>
- Tramoyeres Blasco, L. (1913). *La Virgen de la leche en el arte*. Archivos de la Universidad Autónoma de Barcelona. Biblioteca de Humanidades. Recuperado de: <http://data.theeuropeanlibrary.org/BibliographicResource/3000061166335>
- Tseng, P. T., Chen, Y. W., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Whiteley, P., Tang, C. H. ... Lin, P. Y. (octubre, 2017). Maternal breastfeeding and autism spectrum disorder in children: A systematic review and meta-analysis. *Nutritional Neurociencia*, 18, 1-9. doi: 10.1080/1028415X.2017.1388598.
- Turroni, F., Peano, C., Pass, D. A., Foroni, E., Severgnini, M., Claesson, M. J. ... Ventura, M. (2012). Diversity of Bifidobacteria within the infant gut microbiota. *Plos One*, 7 (5), e36957. doi: 10.1371/journal.pone.0036957
- Tylleskär, T., Jackson, D., Meda, N., Engebretsen, I. M. S., Chopra, M., Diallo, A. H., . . . Tumwine, J. K. (2011). Exclusive breastfeeding promotion by peer counsellors in sub-saharan africa (PROMISE-EBF): A cluster-randomised trial. *The Lancet*, 378 (9789),420-427. doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60738-1
- United Nations High Commissioner for Refugees, Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), World, Food Programme & World Health Organization (WHO) (noviembre, 2002). *Food and nutrition needs in emergencias*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68660/1/a83743.pdf>

- Urquiza Arestegui, R. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(2). Recuperado de: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/132/pdf_21
- Valerio, M. (2012). ¿Y si no le doy el pecho seis meses? *El Mundo.es* [en línea]. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/03/21/mujer/1332317429.html>
- Vallenas, C. (febrero, 2000). Formación para el asesoramiento en lactancia materna. En J. Martín Calama (Presidencia) (Ed.), 1º Congreso Español de Lactancia Materna (pp. 80-81). Valencia, España: IHAN
- Van Esterik, P. (2002). *Risks, Rights and Regulation Communicating about Risks and Infant Feeding*. Malaysia: WABA.
- Vaquerizo Gil, D. (2010). *Necrópolis urbanas en Baetica* (Colección: Documenta, publicación Núm. 15). Sevilla: Secretariado de Publicaciones la Universidad de Sevilla e Institut Català d'Arqueologia.
- Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L. y García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 1, 90-95. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349736303007>
- Vázquez Román S, Alonso Díaz C, Medina López C, Bustos Lozano G, Martínez Hidalgo MV y Pallás Alonso CR. (2009). Puesta en marcha del banco de leche materna donada en una unidad neonatal. *Anales de Pediatría* (Barc), 71, 343-348.
- Vélez Pareja, I. (2003). *El método Delphi. Decisiones empresariales bajo riesgo e incertidumbre* (pp. 183-195). Bogotá: Grupo Editorial Norma. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.420040>
- Vergara Ciordia, J. (enero- abril, 2012). Psicobiología y educación en la baja edad media: las edades del hombre en Vicente Beauvais (1190-1264). *Revista de Educación*, 357, 423- 443.

Victora, C. G. Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J. ... Rollins, N. C. (enero, 2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387, 475-490. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7

Victora, C. G., Horta, B. L., de Mola, C. L., Quevedo, L., Pinheiro, R. T., Gigante, D. P., . . . Barros, F. C. (2015). Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet. Global Health*, 3(4), e199-e205. doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1

Vilchez Quintana, E. E. (2016). *Influencia de la lactancia materna en el Perú crecimiento craneo maxilar en cobayos recién nacidos [Tesis doctoral]*. Lima Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4650/1/Vilchez_qe.pdf&gws_rd=cr&dcr=0&ei=4E0rWvCVCcfaU-OHmtgC

Vitoria Miñana, I. (2007). Oligosacáridos en nutrición infantil: fórmula infantil, alimentación complementaria y del adolescente. *Acta Pediátrica Española*, 65(4), 175-179.

Weimer, J. (2001). *The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis*. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service (Report No. 13. U.S. Department of Agriculture. Food Assistance and Nutrition Research] [en línea]. Disponible en: <http://www.ers.usda.gov/publications/fanrr13/fanrr13.pdf>World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) (Julio 2002). *WABALINK*, 29- 30, 1-8. Recuperada de: <http://www.waba.org.my/resources/wabalink/pdf/Issue29n30/29n30.pdf>

World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) (8 de octubre de 2013). Right to Food and Nutrition Watch 2013 LAUNCHED! *Right To Food and Nutrition Watch 2013*. Recuperado de: <http://www.waba.org.my/pdf/pr-watch2013.pdf>

World Health Organization (WHO) (2015). *Guidance on ending inappropriate promotion of foods for infants and young children: Background on process and scientific evidence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from: <http://www.who.int/nutrition/topics/guidance-inappropriate-food-promotion-iy-c-backgroundprocess.pdf?ua=1>

World Health Organization (WHO) (2016). *Maternal, infant and young child nutrition: Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf

World Health Organization (WHO), United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) & International Baby Food Action Network (IBFAN) (2016). *Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code. Status Report*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206008/1/9789241565325_eng.pdf?ua=1&ua=1

World Health Organization (WHO) & United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2003). *Global strategy for infant and Young child feeding*. Geneva: WHO.

Yeong, J. K. (2016). *Breaking the rules 2014 (BTR) evidence of violations of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes and subsequent resolutions compiled from January 2011 to December 2013*. Penang, Malaysia: IBFAN-ICDC. Recuperado de: <http://www.babymilkaction.org/wpcontent/uploads/2014/05/BTR14inbrief.pdf>

Zubero, M. B., Aurrekoetxea, J. J., Ibarluzea, J. M., Goñi, F., López, R., Etxeandia, A., ... Sáenz, J. R. (julio-agosto, 2010). Plaguicidas organoclorados en población general adulta de Bizkaia. *Gaceta Sanitaria*, 24 (4), 274-281. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001056>

10- ANEXOS

10.1- Anexo 1: Encuesta definitiva

La realización de este cuestionario es voluntaria y anónima.
 El último apartado se contestará después del nacimiento, por teléfono o correo electrónico.
 El objetivo es recoger información sobre la alimentación del lactante.
 Se agradece su colaboración.

DATOS MATERNOS

Edad en años:				
Estado Civil:	Soltera <small>(sin pareja)</small>	Pareja estable	Viuda/Divorciada	
Estudios:	Ninguno	Obligatorios	Bachiller/Formación profesional	Universitarios
¿Trabaja fuera de casa?	Sí		No	
¿Tiene hijas o hijos anteriores?	Sí		No	
Experiencia en lactancia materna:	Nada	Negativa	Positiva	

OPINIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA/LACTANCIA ARTIFICIAL

¿Lactancia materna y lactancia artificial alimentan igual al niño@?	Sí	No	No sabe/No contesta
¿La lactancia materna cubre todas las necesidades nutritivas del niño@ hasta los 6 meses de edad?	Sí	No	No sabe/No contesta
¿La lactancia materna con otros alimentos es buena hasta los dos años o más de la vida del niño@?	Sí	No	No sabe/No contesta
¿Sabe como sacarse, guardar y ofrecer al niño@ la leche materna?	Sí	No	No contesta
Después del nacimiento ¿hay que tardar unas horas para iniciar la alimentación al pecho?	Sí	No	No sabe/No contesta
¿La alimentación al pecho es cada tres horas?	Sí	No	No sabe/No contesta
¿Hay que tomar siempre de los dos pechos?	Sí	No	No sabe/No contesta

¿El chupete puede dificultar el inicio de la lactancia materna?	Sí	No	No sabe/No contesta
¿Dar biberones perjudica el inicio de lactancia materna?	Sí	No	No sabe/No contesta
A los lactantes menores de 6 meses que toman lactancia materna ¿hay que darles agua?	Sí	No	No sabe/No contesta
Si madre y niñ@ están separados (por ingreso de alguno de los dos, incorporación al trabajo u otro motivo) ¿se puede establecer o continuar la lactancia materna?	Sí	No	No sabe/No contesta

PREFERENCIAS

Lactancia que prefiere dar:	Materna	Artificial	Mixta
En caso de optar por Lactancia Mixta desearía completar con:	Leche Artificial	Agua, infusiones, zumos	Otros: _____
¿Piensa utilizar el chupete?	Sí	No	No sabe/No contesta
Opinión sobre la extracción de leche materna para dársela a su hija o hijo posteriormente:	A favor	En contra	No sabe/No contesta
¿Hasta que edad en meses desea alimentar a su hijo o hija con lactancia materna como único alimento?	Nada	De 1 a 2 meses	De 5 a 6 meses
	Unos días	De 3 a 4 meses	Más de 6 meses
	No definido		
¿Hasta que edad en meses desea alimentar a su hija o hijo con lactancia materna además de otras leches o / y otros alimentos?	Nada	De 1 a 6 meses	De 19 a 24 meses
	Unos días	De 7 a 12 meses	Más de 24 meses
	No definido	De 13 a 18 meses	

HECHOS

Este apartado se completará después del nacimiento mediante correo electrónico o teléfono, ahora refleje únicamente la forma de contacto

Correo:

Teléfono:

Tipo de parto:

Normal

Con dificultades

Problemas de salud madre/hij@:

Ninguno

Madre

Hijo/Hija

Separación madre / hij@ al nacimiento:

Sí

No

Tiempo en horas que pasó desde el nacimiento hasta la primera toma:

--

Incorporación al trabajo:

Sí

No

Edad del niñ@ en meses cuando regresa al trabajo (si ocurre):

--

Duración de la lactancia materna como único alimento:

--

Duración de la lactancia materna complementada con otros alimentos:

--

Procedencia de la información sobre la alimentación de su bebé:

Personal Sanitario

Familia y amistades

Internet

Revistas

Libros

Asociaciones pro-lactancia

Otros (especificar):

¿Ha recibido apoyo para la alimentación de su hijo o hija?

Sí

No

¿De quién?

--

10.2- Anexo 2: Primer diseño de encuesta

La realización de este cuestionario es voluntaria y anónima. El objetivo es recoger información sobre la alimentación del lactante

DATOS MATERNOS				
Edad en años	<input type="text" value="Menos de 18"/>	<input type="text" value="Entre 18-35"/>	<input type="text" value="Entre 25-35"/>	<input type="text" value="Más de 35"/>
Estado Civil	<input type="text" value="Soltera"/>	<input type="text" value="Pareja estable"/>	<input type="text" value="Viuda/Divorciada"/>	
Estudios	<input type="text" value="Ninguno"/>	<input type="text" value="Obligatorios"/>	<input type="text" value="Bachiller/Formación profesional"/>	<input type="text" value="Universitarios"/>
Trabajo fuera de casa	<input type="text" value="Sí"/>		<input type="text" value="No"/>	
Mes de la vida del niño de vuelta al trabajo	<input type="text"/>			
Hijos anteriores	<input type="text" value="Sí"/>		<input type="text" value="No"/>	
Experiencia en lactancia materna	<input type="text" value="Ninguna"/>	<input type="text" value="Mala"/>	<input type="text" value="Buena"/>	
Tipos de parto	<input type="text" value="Normal"/>		<input type="text" value="Con dificultades"/>	
Problemas de salud madre/hij@	<input type="text" value="Ninguno"/>	<input type="text" value="Madre"/>	<input type="text" value="Hijo"/>	
Separación madre/hijo	<input type="text" value="Sí"/>		<input type="text" value="No"/>	
Lactancia materna/Lactancia artificial				
Lactancia materna y artificial alimentan al niñ@ de la misma forma	<input type="text" value="Sí"/>	<input type="text" value="No"/>		
La lactancia materna cubre todas las necesidades del niñ@ hasta los 6 meses	<input type="text" value="Sí"/>	<input type="text" value="No"/>		
Es bueno que el niñ@ tome lactancia materna hasta los dos años o más de vida	<input type="text" value="Sí"/>	<input type="text" value="No"/>		
Sabe como sacarse, guardar y ofrecer al niñ@ la leche materna	<input type="text" value="Sí"/>	<input type="text" value="No"/>		
Hay que tardar unas horas para iniciar la alimentación al pecho	<input type="text" value="Sí"/>	<input type="text" value="No"/>		
La alimentación al pecho es cada tres horas	<input type="text" value="Sí"/>	<input type="text" value="No"/>		
Hay que tomar siempre de los dos pechos	<input type="text" value="Sí"/>	<input type="text" value="No"/>		

El chupete puede hacer más difícil el inicio de la lactancia materna	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dar algún biberón al día no perjudica la lactancia materna	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
A los lactantes menores de 6 meses hay que darles agua de vez en cuando	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la madre y el niñ@ están separados se puede establecer o continuar con la lactancia materna	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Preferencias

Lactancia	<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Artificial	<input type="checkbox"/> Mixta
En caso de Lactancia Mixta Completar con	<input type="checkbox"/> Leche Artificial	<input type="checkbox"/> Agua, infusiones, zumos	<input type="checkbox"/> Otros: -----
Uso del chupete	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Extracción de lactancia materna para dar luego al lactante	<input type="checkbox"/> A favor	<input type="checkbox"/> En contra	
Duración en meses de la lactancia materna exclusiva	<input type="text"/>		
Duración de la lactancia materna complementada	<input type="text"/>		

Hechos

Duración de la lactancia materna exclusiva	<input type="text"/>
Duración de la lactancia materna complementada	<input type="text"/>
Fuentes donde se ha obtenido la información sobre la alimentación del niño	<input type="text"/>
¿Has recibido apoyo para la alimentación de tu hijo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿De quién?	<input type="text"/>

10.3- Anexo 3: Puntos sobre los que se basará la educación sanitaria

- Ventajas en el desarrollo intelectual y físico del niño. Importancia sobre la salud del niño.
- Ventajas físicas, psíquicas y económicas para la madre.
- Duración ideal.
- Aspectos y comportamientos que pueden interferir con la lactancia materna y problemas que suelen aparecer.
- Extracción, almacenamiento y administración de la lactancia materna.
- Inicio y número de tomas.
- Dudas que expresen las madres

10.4- Anexo 4: Folleto informativo

1ª Parte:

LA LACTANCIA MATERNA ES LO MEJOR QUE LE PUEDES OFRECER A TU BEBE Y A TI MISMA.

SI LE DAS A TÚ BEBE LECHE MATERNA:

Te recuperas antes del parto.

En un futuro tienes menos riesgo de padecer enfermedades como cáncer de mama y ovario, además, tus huesos estarán mejor.

Tu hija o hijo recibirá leche especialmente elaborada para cubrir sus necesidades concretas.

La leche materna ayuda al bebé en el correcto desarrollo todos sus sistemas. Esto incluye al sistema defensivo, al sistema nervioso y cerebro y al sistema digestivo.

¿PREFIERES DARLE A TU BEBE IMITACIONES O LO MEJOR?

Si se trata de un objeto, ropa, comida, las imitaciones son peores, pero más baratas. En el caso de la alimentación de tu hijo, la imitación te cuesta dinero y es peor para la salud de tu hijo, ya que en la actualidad no se pueden reproducir todos los componentes la leche materna y los que se pueden copiar no tienen la misma calidad.

PUEDES TENER LA MISMA INDEPENDENCIA CON LACTANCIA MATERNA QUE CON ARTIFICIAL

La lactancia materna puede extraerse le pecho de la madre y se puede guardar 5 días en nevera y 6 meses en el congelador.

2ª Parte

Si no puedes estar con tu bebe, le pueden dar tu leche en cualquier momento.

AL EMPEZAR A DAR DE MAMAR TIENES QUE TENER PACIENCIA, PARA EL BEBE TODO ES NUEVO Y LOS DOS TENÉIS QUE DAROS TIEMPO PARA CONOCEROS

LA LACTANCIA MATERNA ES LO NATURAL, LO NORMAL Y TODAS LAS MUJERES DESDE HACE MUCHOS AÑOS, CUANDO NO EXISTÍA LA LACTANCIA ARTIFICIAL, HAN PODIDO AMAMANTAR A SUS HIJOS, ASÍ QUE SEGURO QUE TÚ PUEDES.



SI APARECE ALGÚN PROBLEMA O TIENES ALGUNA DUDA, SIEMPRE SE PODRÁ ENCONTRAR UNA SOLUCIÓN.

SI QUIERES PREGUNTAR ALGO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA PUEDES ENVIAR UN CORREO A ALICIA: ayor24@hotmail.com O LLAMAR AL 636507062 TE RESPONDERÉ CUALQUIER DUDA EN POCO TIEMPO.

10.5- Anexo 5: Permiso Comité de Investigación del CHGUV

	Consorcio Hospital General Universitario de Valencia Comisión de Investigación		
APROBACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN			
Valencia, 20 de Agosto de 2012			
Esta Comisión tras evaluar en su reunión de 31 de Julio de 2012 el Proyecto de Investigación:			
Título:	" Incidencia y prevalencia de la lactancia materna. Estrategia de intervención sanitaria para su mejora ".		
I.P.:	Dña. Alicia Llorca Porcar	Servicio/Unidad	Pediatría
Acuerda respecto a esta documentación:			
- Que cumple con los requisitos exigidos por esta Comisión para su realización, por tanto se decide su APROBACION.			
Lo que comunico a efectos oportunos:		Fdo. Dr. Ricardo Guillermo Jorge Presidente de la Comisión de Investigación: 	
CHGUV	1	CI -	

10.6- Anexo 6: Permiso Comité Ético de Investigación del CHGUV

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
Comité Ético de Investigación Clínica

APROBACIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
- ANEXO 11 -

Este CEIC tras evaluar en su reunión de 25 de Octubre de 2012 el Proyecto de Investigación:

Título:	"Incidencia y prevalencia de la lactancia materna. Estrategia de intervención sanitaria para su mejora."		
I.P.:	Dña. Alicia Llorca Porcar	Servicio/Unidad	Pediatría

Acuerda respecto a esta documentación:

- Que el Proyecto de Investigación y Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado presentado reúnen las condiciones exigidas por este CEIC, por tanto se decide su APROBACIÓN.

Los miembros que evaluaron esta documentación:

		Presente	Ausente	Disculpa
Presidente	Dr. Severiano Marín	X		
Vocales	D. Ernesto Bataller	X		
	D. Alejandro Moner	X		
	D. Germán García			X
	Dr. D. José Manuel Irazo			X
	Dr. D. Miguel Armengot			X
	Dr. D. Julio Cortijo			X
	Dra. Dña. Elena Rubio	X		
	Dr. D. Gustavo Juan	X		
	Dra. Pilar Blasco	X		
	Dña. M ^a Teresa Jareño	X		
	Dra. M ^a José Safont			X
	Dra. Ana Blasco			X
	Dr. Antonio Martorell			X
	Dr. Aurelio Quesada	X		
	Dra. Begoña Peris	X		
	Dr. Fco. Javier Cervera			X
	Dr. José Vte. Roig Vila			X

Anexo II
1
CEIC - CHGUV



Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Comité Ético de Investigación Clínica

	Dr. Rafael Poveda		X
	Dra. Inmaculada Sáez		X
	Dr. Alberto Berenguer		X
	Dr. Javier Milara	X	
	Dña. Encarna Domingo	X	
Secretario	Dra. Ana Minguez	X	

Lo que comunico a efectos oportunos:

Fdo. Dr. Severiano Marín (Presidente
CEIC)

10.7- Anexo 7: Consentimiento informado

TÍTULO: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SANITARIA PARA MEJORAR LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: ALICIA LLORCA PORCAR

OBJETIVO

Recoger datos sobre alimentación del lactante y lactancia materna.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Recogida de datos sobre la alimentación del lactante y si procede, duración de la lactancia materna en el primer año de vida.

Si Ud. está de acuerdo, libremente firme el consentimiento de participación en este estudio que para este fin se ha añadido al final de este impreso.

RIESGOS Y BENEFICIOS

No hay ningún riesgo.

Con su participación en este estudio, usted va a ayudar a la investigación en alimentación infantil.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y no recibirá remuneración alguna.

Como paciente, el rechazo a participar no supondrá ninguna penalización o ni afectará en modo alguno a la calidad de la asistencia sanitaria que reciba.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información obtenida será confidencial, los datos recogidos se introducirán, por el equipo investigador, en una base de datos para realizar el análisis estadístico pero su nombre no aparecerá en ningún documento del estudio, sólo se le asignará un número. En concreto, las muestras se identificarán con un número y se agruparán por patologías afines. En ningún caso se le identificará en las publicaciones que puedan realizarse con los resultados del estudio. Sin embargo, esta información podrá ser revisada por el Comité Ético de Investigación Clínica de este Hospital, así como por organismos gubernamentales competentes.

El procedimiento de destrucción de las muestras será el mismo que se utiliza habitualmente con el resto de las muestras del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Puede ejercer su derecho de acceso y rectificación de sus datos. También, si así lo desea, puede ser informado de los resultados del estudio

El estudio se realizará asegurando el cumplimiento de normas éticas y legales vigentes (Declaración de Helsinki).

Si tiene alguna duda o no entiende este texto consulte antes de firmar el documento con Alicia Llorca Porcar. Su nº de teléfono es el 636507062 y es la responsable de esta investigación. Le puede preguntar cualquier duda o problema que tenga relacionado con este estudio o, consulte con sus familiares y, finalmente, si está de acuerdo, firme este consentimiento. Se le entregará una copia.

Fdo.: Alicia Llorca Porcar
Investigadora Principal del Proyecto
Servicio de neonatos

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE SUJETO DE ESTUDIO

Título de la investigación: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SANITARIA PARA MEJORAR LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Yo,

**He leído la hoja de información anterior.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.**

He hablado con

**Comprendo que mi participación es voluntaria.
Comprendo que puedo retirarme del estudio:**

- **Cuando quiera.**
- **Sin tener que dar explicaciones.**
- **Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.**

Doy mi consentimiento para que este material aparezca en informes y artículos de revista de publicaciones médicas.

Entiendo que:

- **Mi nombre no será publicado.**
- **El material no será utilizado para publicidad o embalaje.**
- **El material no será utilizado fuera de contexto.**

Firmado

Fecha.....



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA