

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

Determining factors on the initiation and duration of exclusive breastfeeding in a hospital in Cadiz

Autora:

- **Sandra Rodríguez Villa.** Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Autora de correspondencia:

- **Sandra Rodríguez Villa.** Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.
Correo electrónico: sarovilla07@gmail.com.

Fecha de recepción:

- 27/04/2023

Fecha de aceptación:

- 01/07/2023

DOI:

- <https://doi.org/10.51326/ec.6.9083571>.

Modo de referenciar el artículo:

- Rodríguez Villa S. Determining factors on the initiation and duration of exclusive breastfeeding in a hospital in Cadiz. *Enferm Cuid.* 2023;6. <https://doi.org/10.51326/ec.6.9083571>.



Las obras se publican en esta revista bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que mencionen la autoría del trabajo y a la primera publicación en esta revista.

Resumen

Introducción: La lactancia materna es la forma natural de alimentación del bebé y del niño pequeño y es la que garantiza un óptimo desarrollo, crecimiento y salud. Es un fenómeno sociológico y complejo en el que intervienen e interaccionan múltiples factores.

Objetivos: Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria, al mes, tercer y sexto mes postparto. Identificar las causas de abandono de la lactancia materna. Estudiar la evolución de la autoeficacia sobre lactancia materna durante el tiempo de estudio.

Metodología: Estudio descriptivo, exploratorio y prospectivo. Se han realizado medidas de las distintas variables de estudio en cuatro ocasiones durante los seis meses de duración del mismo en una muestra de 66 mujeres.

Resultados y discusión: La prevalencia de la lactancia materna al alta, al mes, a los tres y seis meses de vida fue del 71,9%, 69,2%, 71,7% y 47,6% respectivamente. Se relacionó significativamente con la lactancia materna al alta el inicio precoz de la misma tras el parto. A los seis meses, la principal causa de abandono fue la vuelta al trabajo. Los niveles de autoeficacia para la lactancia materna, medidos según la puntuación en la escala BSES-SF, evolucionaron favorablemente a lo largo del seguimiento.

Conclusiones: El conocimiento y la comprensión de aquellos factores que influyen en la lactancia materna son primordiales para que se elaboren e implementen estrategias cuyo objetivo sea mejorar los resultados de lactancia materna.

Palabras clave: Amamantamiento; Duración; Factores Asociados; Lactancia Materna; Lactancia Materna Exclusiva; Lactante; Leche Materna.

Abstract

Introduction: Breastfeeding is the natural way of feeding the baby and the child as it guarantees the optimal development, growth and health of the baby. It is a complex sociological phenomenon in which multiple factors intervene and interact.

Objectives: To determine the prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge at month one, three and six of the baby's life. To identify the causes of abandonment of breastfeeding. To study the evolution and self-efficacy on breastfeeding during the research time.

Methods: Descriptive, exploratory, and prospective study. Measurements of the different study variables were made on four occasions during the six-month duration of this study using a sample of 66 women.

Results and discussion: The prevalence of breastfeeding at discharge, at month one, three and six of the baby's life was 71.9%, 69.2%, 71.7% and 47.6% respectively. Early onset of breastfeeding after delivery was significantly related to breastfeeding at discharge. At six months, the main cause of abandonment was returning to work. Levels of self-efficacy for breastfeeding, measured according to the score on the BSES-SF scale, evolved favourably throughout the follow-up.

Conclusions: The knowledge and understanding of those factors that influence breastfeeding is essential for the development and implementation of strategies whose objective is to improve breastfeeding outcomes.

Keywords: Associated Factors; Breast Feeding; Breast Milk; Duration; Exclusive Breastfeeding; Infant.

Introducción

Durante el siglo XX, la que ha venido siendo la forma natural de alimentación del ser humano desde sus orígenes, la lactancia materna, sufre una regresión en su inicio y mantenimiento¹. Con la introducción de los sucedáneos de la leche materna, estos se perciben como modernos y prestigiosos, y llegan a ser la opción de alimentación mayoritaria de los niños nacidos en países de ingresos altos y de los hijos de familias ricas y con mayor educación en los países de ingresos medios y bajos¹.

Este cambio en el patrón de alimentación infantil tuvo repercusiones notables, mostrando efectos negativos sociales, económicos y sanitarios, sobre la nutrición, desarrollo y salud del niño y de la madre². Las bajas tasas de incidencia y duración de la lactancia materna se reconocen como un problema de salud pública³ y su protección, promoción y apoyo una prioridad⁴.

En 1981 y con el fin de controlar las prácticas inadecuadas de comercialización de alimentos infantiles, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) trabajan de forma conjunta y publican el Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna⁵.

En 1989 se establece la Convención sobre los Derechos del Niño⁶. El tratado es convertido en ley⁷, pasando a ser el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante. En él se definen los derechos básicos de los niños y niñas de todo el mundo y las medidas necesarias para la protección de los mismos. Otorga a los Estados firmantes la obligación de hacer efectivas dichas medidas acordadas, entre las que se encuentra la promoción de la lactancia materna.

En el mismo año surge el documento “Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna”, declaración conjunta de la OMS y UNICEF donde se sintetizan las acciones a poner en práctica por parte de las maternidades de los hospitales con la pretensión de obtener el éxito de la lactancia materna⁸. Son resumidas en Diez Pasos y a partir de ese momento, OMS y UNICEF convocan reuniones con los gobiernos para instarlos a poner en marcha actuaciones concretas. De una de ellas, celebrada en Florencia, Italia, en 1990, surge la Declaración de Innocenti⁹. En ella, se recogen recomendaciones específicas, tales como amamantar de forma exclusiva a los bebés desde el nacimiento hasta los 4-6 meses de edad, así como el compromiso de los países firmantes a aplicar los Diez Pasos hacia una feliz Lactancia Natural (Tabla 1) como instrumento para

promocionar la lactancia materna y el cumplimiento del Código de Comercialización de sucedáneos de leche materna. La Declaración de Innocenti es ratificada, un año más tarde en la 44ª Asamblea Mundial de la Salud¹⁰.

A pesar del compromiso de los gobiernos, los cambios no fueron notables a corto plazo. Así pues, en el Congreso de Pediatría de Ankara de 1991 se lanza oficialmente la Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI)¹¹. El movimiento, liderado por la OMS y UNICEF alienta a las maternidades a obtener un reconocimiento como hospital “Baby Friendly”, para lo que deben acreditar la ejecución del Decálogo¹¹.

En 1995 y como adaptación a nuestro país de la BFHI, surge en España el Comité Nacional de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)¹². En 2009, aunque sigue conociéndose como IHAN, este organismo cambia su denominación a Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia¹³. Su misión fundamental es “la protección y el apoyo de la salud materno infantil a través de la promoción y protección de la humanización de la asistencia al nacimiento y de la protección y promoción y apoyo a la lactancia natural y a las mejores prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño mediante el desarrollo y aplicación en el territorio español del proyecto internacional conjunto de la OMS y UNICEF: “Baby Friendly Initiative (BFI)” así como de iniciativas relacionadas”¹¹.

En 2002, aprobada por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud¹⁴ y como trabajo conjunto, nuevamente de la OMS y UNICEF se publica la Estrategia Mundial de Alimentación al Lactante y al Niño Pequeño (EMALNP)¹⁵. Pretende servir como guía a los gobiernos, organizaciones internacionales y demás partes interesadas para la adopción de medidas que promuevan la lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida y su mantenimiento hasta los dos años, complementada con alimentos sanos, seguros, apropiados y factibles. Reafirma la importancia y la urgencia de aplicar la Declaración de Innocenti y el Código Internacional de Sucédáneos de la leche materna y sugiere la IHAN como herramienta de apoyo a las maternidades para hacer efectivo el propósito.

Dos años más tarde, en 2004, basándose en los objetivos propuestos en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud¹⁴ y con el objetivo de lidiar las bajas tasas de lactancia materna que presenta Europa se presenta el documento “Protección, Promoción y Apoyo de Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción”¹⁶. En él, se describen, teniendo en cuenta presupuestos, estructuras,

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

recursos humanos y organizativos disponibles, acciones concretas y específicas a la realidad europea.

En 2007 ve la luz el documento de consenso “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”, coordinado por el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. El objetivo general de la estrategia es potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad actuales y entre otras, incluye como línea estratégica la Atención postnatal inmediata y la lactancia¹⁷.

Reconocida la importancia de prestar atención prioritaria y ejecutar acciones encaminadas a la promoción y apoyo de la lactancia materna, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publica en 2017 la “Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna”¹⁸, elaborada por un equipo de profesionales multidisciplinar y especializado en lactancia materna. Recoge recomendaciones basadas en la evidencia científica sobre la mejor asistencia y cuidado de las madres lactantes y de sus hijos, para que pueda servir de apoyo a los profesionales en la toma de decisiones.

En 2018 la OMS y UNICEF publican un nuevo documento “Guía para la aplicación. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niños”¹⁹. Se trata de una revisión y actualización del documento presentado en 1989⁸. Con el objetivo de adecuar los contenidos a las nuevas directrices y manteniendo el eje fundamental, que es servir de guía de aplicación a los servicios de maternidad y neonatología para proteger, promover y apoyar la lactancia materna, reformulan los Diez Pasos. Distingue entre los pasos referentes a la gestión y aquellos para la prestación de la asistencia sanitaria.

Prevalencia de la lactancia materna

A pesar de todos los beneficios que aporta la lactancia materna y de las fehacientes recomendaciones sobre la misma, las cifras de amamantamiento distan de las deseadas y sugeridas. Según datos de UNICEF y a nivel mundial²⁰:

- Menos de uno de cada dos recién nacidos son puestos al pecho en la primera hora de nacimiento.

- Sólo dos de cada cinco lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva.
- Menos de dos de cada tres niños de entre 12 y 23 meses toman lactancia materna.

La tendencia de los países en los que existe registro de las prácticas de lactancia muestra un incremento en los porcentajes de lactancia exclusiva los 6 primeros meses de vida si se comparan cifras de los períodos 2003-2008 y 2013-2018. Globalmente, este aumento fue de siete puntos porcentuales²⁰.

Europa cuenta con una de las cifras más bajas de lactancia materna exclusiva a los 6 meses, estimándose en el 25% de los lactantes²¹. Aunque esta cifra varía entre regiones, está muy por debajo de la recomendación mundial. También a los seis meses, el porcentaje de niños que reciben lactancia materna no exclusiva se estima en el 38% y el 71%. Entre el 56% y 98% de los recién nacidos iniciaron lactancia materna²².

En España no existe órgano alguno que coordine los datos relativos a las prácticas de lactancia y tampoco se lleva a cabo un monitoreo ni seguimiento oficial²³. No obstante, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) incluye algunas preguntas referentes a la lactancia. De tal forma, y según sus datos de 2017, la prevalencia estimada de lactancia materna exclusiva en España es: 73,9% a las seis semanas de vida, 63,9% a los tres meses y 39% a los seis meses²⁴. Las tasas de lactancia materna exclusiva muestran una tendencia progresiva a mejorar sus valores en los últimos 20 años, sobre todo a los seis meses. Esta evolución favorable se da tanto en la frecuencia como en la duración. Destaca, el descenso brusco que ocurre en la tasa de lactancia materna exclusiva de los tres a los seis meses, contabilizándose una diferencia de más de 20 puntos porcentuales entre un valor y el otro.

Factores que determinan la lactancia materna.

Biológicamente, y exceptuando trastornos excepcionales y graves que limitan el amamantamiento, casi la totalidad de las madres son aptas para amamantar a sus hijos¹. No obstante, existen factores, individuales, socioeconómicos, culturales e históricos que condicionan que una mujer inicie la LM, la mantenga o la abandone. Estos factores son complejos, variables, en cuanto a que actúan de forma diferente en circunstancias diferentes, y cambiantes, ya que varían con el tiempo¹. Algunos actúan de forma positiva, fomentando la consecución y el hábito de la lactancia natural, y otros ejercen una influencia negativa, predisponiendo a esas

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

madres a no iniciar o a desechar, precozmente, la lactancia materna.

Entre los factores sociodemográficos que afectan al inicio de la producción láctea y la posterior prolongación temporal de la lactancia materna se encuentran la edad materna^{25,26}, el estado civil²⁷, la educación y el nivel de ingresos²⁶⁻²⁸. Así pues, la edad avanzada, estar casada y nivel alto de educación y de ingresos, guardan relación con el éxito de la lactancia materna.

Por otro lado, la primiparidad²⁸, el parto por cesárea²⁷, el tabaquismo^{1,28} y la obesidad^{1,29} son factores individuales que disminuyen la probabilidad de lograr una lactancia materna eficaz a largo plazo.

La intención previa de amamantar, la experiencia con lactancias anteriores, el apoyo familiar, las actitudes y la seguridad de la mujer, son factores psicoemocionales que contribuyen al éxito o fracaso de la LM²⁷. En este sentido, se define la autoeficacia, como la confianza que la madre posee de su propia capacidad para amamantar. La intensidad de autoeficacia percibida por la madre, influye en sus respuestas a la lactancia materna, en cuanto a esfuerzo y pensamientos, e influirá además en el inicio y en el mantenimiento de las conductas de lactancia³⁰.

En 1977, Bandura³¹ define la autoeficacia como la evaluación que hace un individuo de su capacidad para lograr una tarea determinada. Dennis³² sostiene que la autoeficacia de la lactancia materna se ve influenciada por (a) los logros en el desempeño, como experiencias previas con el comportamiento de lactancia, (b) la experiencia indirecta, como ver a otras mujeres amamantando con éxito, (c) la persuasión verbal, como el apoyo a la lactancia materna por parte de otras personas influyentes, y (d) las respuestas fisiológicas, como estados de depresión, ansiedad y fatiga. Cada una de estas fuentes influye en la forma en que una madre percibe su experiencia de lactancia y en cómo informar sobre su autoeficacia de la lactancia materna. La autoeficacia de la lactancia materna puede verse afectada a su vez por las interacciones con el bebé, los proveedores de atención médica, la familia y el sistema de apoyo y el medio ambiente. La autoeficacia de la lactancia materna refleja la creencia de la madre en su capacidad y no en sus verdaderas habilidades para tener éxito en la lactancia³².

Con el objetivo de cuantificar la autoeficacia de la lactancia materna, Dennis³² desarrolló en 1999 una escala que, en su forma inicial constaba de 33 ítems. No obstante, años más tarde, en 2003 como producto de una revisión de la misma llevada a cabo por el propio

Dennis, surgió la versión corta de la Escala de autoeficacia de la lactancia materna (BSES-SF)³³. Resultó entonces una escala de 14 ítems con respuestas tipo Likert de 5 puntos y un rango teórico de puntuación de 14 a 70.

Aunque originariamente la BSES-SF se desarrolló entre madres de habla inglesa, en 2012 ha sido traducida al español por Oliver-Roig y testada psicométricamente en un hospital público de Orihuela, España. Los resultados indican que la versión en español de la BSES-SF es una herramienta válida y fiable de la autoeficacia materna en la lactancia materna en España³⁴.

La aplicación de esta herramienta y la medición de la autoeficacia para la lactancia materna sirven para predecir las tasas de lactancia materna exclusiva y su permanencia en el tiempo. Niveles altos de autoeficacia de la lactancia materna se asocian a una menor percepción materna de suministro insuficiente de leche y a una mayor duración, por tanto, de la lactancia materna exclusiva^{27,30,35}. Puede resultar también de utilidad, cuando la puntuación obtenida es baja e indica niveles bajos de autoeficacia para detectar aquellas situaciones de vulnerabilidad para el abandono de la lactancia materna. Al ser, además, la autoeficacia de la lactancia materna un factor susceptible de modificación, se torna de sumo valor cuando se pretende planificar actividades que promuevan y apoyen la lactancia materna.

Existen, además, factores que, aun siendo externos a la mujer, pueden influenciar el tipo de alimentación que reciba su hijo. El sistema sanitario es uno de los factores que mayor influencia negativa ha tenido en la reducción de las tasas de lactancia materna. Por un lado, la falta de formación y habilidades de los profesionales para apoyar la LM y para la resolución de problemas relacionados con ella, han causado que se ofreciera escaso o nulo apoyo y recomendaciones erróneas sobre el tema, constituyendo el motivo principal de abandono de la lactancia referido por las mujeres en las primeras semanas^{1,26,36}. Se ha demostrado la eficacia de las intervenciones de apoyo profesional a las mujeres en la prolongación de la lactancia materna exclusiva³⁷. Es de señalar, además, como determinadas prácticas hospitalarias que, llevándose a cabo en el momento en torno al nacimiento, pueden crear obstáculos para la instauración adecuada de la LM¹⁸.

Los inconvenientes que las mujeres hallan en el mundo laboral una vez que son madres son precedentes para que no se sientan animadas a iniciar la LM o de hacerlo, interrumpirla precozmente. De hecho, el principal motivo de las madres para elegir la lactancia artificial es

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

la incorporación inmediata al trabajo^{1,36}. La actitud negativa hacia la madre lactante y la separación forzosa para ejercer la actividad laboral, a unos meses tras el parto, donde el lactante aún no ha iniciado la alimentación complementaria y las recomendaciones instan a que esté siendo amamantado exclusivamente por leche de su madre es un hecho que algunas mujeres consideran insalvable.

Objetivos

Objetivo general

Identificar y describir qué factores influyen en el inicio de la lactancia materna y en el posterior mantenimiento o abandono de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida del lactante.

Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria, al mes, tres meses y seis meses de vida.
2. Identificar las causas de abandono de la lactancia materna.
3. Explorar la evolución de la autoeficacia sobre lactancia durante el tiempo de estudio.

Metodología

Tipo de estudio

El estudio se ha realizado desde una perspectiva cuantitativa. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y prospectivo. Para obtener respuestas a los objetivos que nos hemos planteado, se han realizado medidas de las distintas variables de estudio en cuatro ocasiones durante los seis meses de duración del mismo.

Población de estudio

La población objeto de estudio han sido las mujeres que han dado a luz en el Hospital Universitario de Puerta del Mar durante el mes de diciembre de 2020.

Criterios de inclusión

Se han incluido los nacimientos mediante partos eutócicos, partos instrumentados y las cesáreas, que no han padecido, madre o neonato, complicación grave, y que han sido dados de alta en los tiempos habituales para el tipo de parto.

Criterios de exclusión

- Negativa a participar en el estudio.
- Contraindicación para la lactancia materna.
- No deseo materno de lactancia materna.
- Mujer con infección activa para Covid-19.
- Mujer con patología grave.
- Recién nacido con estancia prolongada en la unidad de neonatos.
- Nacimiento gemelar.

Selección de la Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se ha empleado el programa Sample Size Calculator. La población total se ha estimado, en función del número de nacimientos del mismo mes del año anterior en 117 nacimientos. Se ha programado un nivel de confianza del 95% con un intervalo de confianza de 5. Con estos datos, el tamaño de la muestra debía ser al menos de 91 participantes. Finalmente, se consiguió una muestra total de $n=50$.

Se ha llevado a cabo un muestreo no probabilístico, de conveniencia, incluyendo a 66 mujeres que han sido atendidas en el nacimiento de sus hijos en el servicio de paritorio y maternidad del Hospital Puerta del Mar desde el 01 de diciembre de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020.

Instrumentos

Para la recogida de la información a analizar, se han empleado cuestionarios elaborados ad hoc para el estudio. Se han estructurado en cinco secciones, destinada cada una de ellas a un momento distinto de la recogida de datos.

1. Cuestionario sobre datos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, de lactancias anteriores y datos del nacimiento actual (Anexo 1).
2. Cuestionario de la situación de lactancia tras el alta hospitalaria (Anexo 2).
3. Cuestionario de la situación de lactancia al mes tras el parto (Anexo 3).
4. Cuestionario de la situación de lactancia a los tres meses tras el parto (Anexo 4).

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

5. Cuestionario de la situación de lactancia a los seis meses tras el parto (Anexo 5).

Se ha empleado también e incluido en todos los cuestionarios de la situación de la lactancia, la Escala de autoeficacia de la lactancia materna, en su forma reducida (BSES-SF) y validada al castellano (Anexo 6).

Recogida de información

Para reclutar a las participantes del estudio se contactó con todas las mujeres que dieron a luz durante el mes de diciembre de 2020 en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz, durante su estancia hospitalaria postparto. Una vez confirmados los criterios de inclusión y exclusión, se les ofreció el documento donde consta la finalidad del estudio y el procedimiento para el mismo (Anexo 7).

Tras la firma del consentimiento informado (Anexo 7) por parte de las mujeres que sí deseaban participar en el estudio y antes del alta hospitalaria se empleó el primer cuestionario, para la obtención de los datos sociodemográficos, antecedentes obstétricos, de lactancias anteriores y del nacimiento actual.

Entre las 48 y las 72 horas tras el alta hospitalaria, se contactó, vía telefónica, con las mujeres participantes para interrogar sobre la situación de la lactancia al alta y para la cumplimentación de la escala BSES-SF.

Posteriormente al mes, tercer y sexto mes de vida, se contactó nuevamente con la mujer, por la misma vía para conocer los posibles cambios en cuanto a la situación de la alimentación del bebé y la cumplimentación, en todas las ocasiones, de la escala BSES-SF.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables de estudio se describen en la siguiente tabla contenida como Anexo 6.

Los distintos tipos de alimentación de los lactantes han sido establecidos según las categorías y definiciones extraídas de la OMS-UNICEF³⁸.

Análisis de datos

El estudio estadístico se ha llevado a cabo con el software estadístico SPSS versión 26 y SPSS Modeler versión 18.

La descripción de las variables cuantitativas, definidas en este estudio se realizan dando valores de media, desviación estándar, máximos y mínimos. Las variables categóricas se describen en números absolutos y porcentajes.

En el análisis estadístico bivariante, para relacionar variables categóricas se utiliza el test de Chi cuadrado, con razón de verosimilitud para tablas 2 x n con algún valor menor o igual que 5. Y para variables cuantitativas, previo test para la comprobación del ajuste a la distribución normal de Kormogorov Smirnov, el estadístico de la U de Mann Whitney para comparar dos variables independientes con 2 categorías y el test de Kruskal Wallis para más de dos.

Se utilizan modelos de regresión para establecer asociaciones entre las distintas variables independientes y la variable dependiente y modelos de predicción CHAID con la finalidad de establecer árboles de ayuda en la toma de decisiones.

Los intervalos de confianza (IC) se han obtenido al 95% y un nivel de significación $p < 0.05$.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Cádiz, (nº registro 36.21) (Anexo 9). Las participantes fueron debidamente informadas y accedieron a participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

El estudio de investigación se ha ejecutado según lo establecido en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

Los datos recogidos en el estudio han sido y seguirán siendo tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en cumplimiento del Reglamento General de Protección de datos y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Los directores del Hospital Puerta del Mar, centro donde se ha realizado el estudio están informados y han dado su visto bueno por escrito para la realización del mismo (Anexo 10).

Resultados

De los 103 nacimientos producidos en el Hospital Universitario Puerta del Mar durante el período de estudio, 37 no fueron incluidos por no ajustarse a los criterios de inclusión, contar con algún criterio de exclusión o por ofrecer su negativa a la participación. Firmaron el consentimiento 66 mujeres, a las que se les realizó la primera recogida de datos, durante la estancia de hospitalización postparto. No obstante, el seguimiento completo, bien hasta los 6 meses tras el parto o hasta el cese de la lactancia materna exclusiva tuvo lugar en 50 mujeres, produciéndose la baja de 16 participantes durante el período de seguimiento por resultar imposible contactar con ellas telefónicamente (Gráfico 1).

De los 103 nacimientos producidos en el Hospital Universitario Puerta del Mar durante el período de estudio, 37 no fueron incluidos por no ajustarse a los criterios de inclusión, contar con algún criterio de exclusión o por ofrecer su negativa a la participación. Firmaron el consentimiento 66 mujeres, a las que se les realizó la primera recogida de datos, durante la estancia de hospitalización postparto. No obstante, el seguimiento completo, bien hasta los 6 meses tras el parto o hasta el cese de la lactancia materna exclusiva tuvo lugar en 50 mujeres, produciéndose la baja de 16 participantes durante el período de seguimiento por resultar imposible contactar con ellas telefónicamente (Gráfico 1).

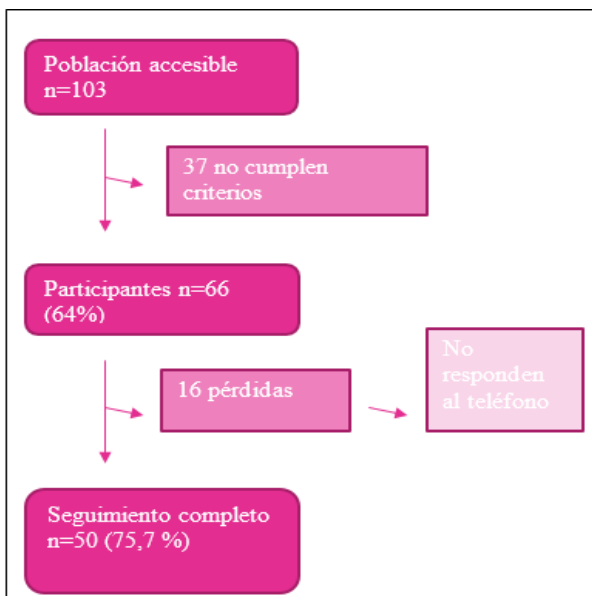


Gráfico 1. Diagrama flujo participantes I

El seguimiento completo se les realizó a 50 mujeres. En las distintas llamadas, fueron bajas para el estudio aquellas mujeres que habían optado por la lactancia artificial como práctica de alimentación de sus hijos, abandonando toda modalidad de lactancia materna. De esta forma, en la llamada telefónica del mes se finalizó el seguimiento de 4 mujeres. A los tres meses, fueron también 4 mujeres las que habían desistido de cualquier forma de lactancia materna. Por tanto, se les realizó llamada telefónica a los seis meses a 42 participantes (Gráfico 2).

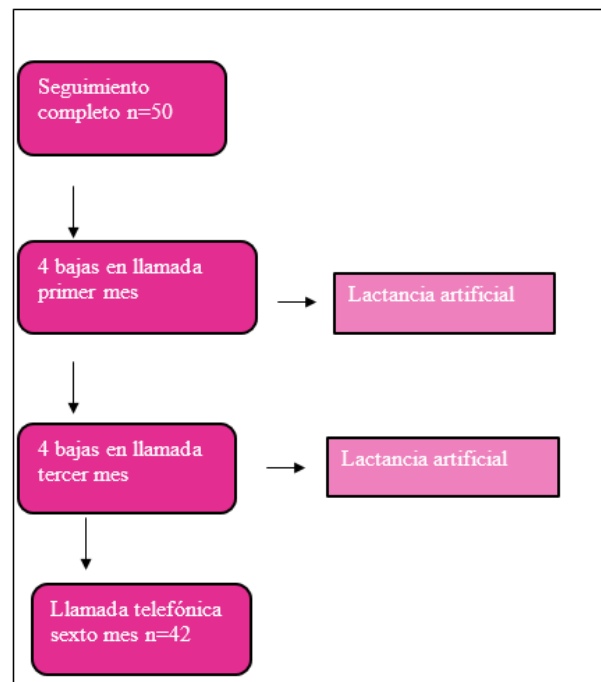


Gráfico 2. Diagrama flujo participantes II

Resultados descriptivos

La media de edad de las mujeres que dieron a luz durante nuestro período de estudio fue 32,85 años. El 97% de las mujeres que participaron en el estudio eran de origen español, el 53% estaba casada o era pareja de hecho. La edad gestacional en el momento del parto osciló entre las 34 y las 41 semanas de gestación y el peso de los recién nacidos entre los 2065 y los 4368 gramos. En cuanto a variables descriptivas, nacionalidad, estado civil, ocupación, nivel de estudios y experiencia en lactancia y si es fumadora, se describe en tabla 1.

Frecuencias	Porcentajes
-------------	-------------

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

Nacionalidad	- Española	64	97%
	- Otra	2	3%
	- Total	66	100%
Estado civil	- Soltera	31	47%
	- Casada/Pareja de hecho	35	53%
	- Total	66	100%
Ocupación	- Desempleada	24	36,4%
	- Estudiante	1	1,5%
	- Autónoma	5	7,6%
	- Asalariada	36	54,5%
	- Total	66	100%
Estudios	- Sin estudios		
	- Primarios	1	1,5%
	- Secundarios	5	7,6%
	- Formación profesional	12	18,2%
	- Universitarios	17	25,8%
	- Total	31	47%
Fumadora	- Sí	5	7,6 %
	- No	61	92,4%
	- Total	66	100%
Experiencia previa en lactancia materna	- Sí	26	39,4%
	- No	40	60,6%
	- Total	66	100%

Tabla 1. Distribución de las variables cualitativas

Respecto al tipo de nacimiento, el 59,1% fueron eutócicos, el 25,8% vaginales instrumentales y el 15,2% se produjeron mediante cesárea. La analgesia epidural se empleó en el 80,3% de los partos, la anestesia raquídea en el 7,6%, la anestesia general o la sedación en el 1,5% y el 10,6% restante no empleó ningún tipo de analgesia farmacológica o esta fue local para la sutura del periné.

El 51,5% y el 48,5% de los recién nacidos fueron niños y niñas respectivamente. El contacto piel-piel entre madre y recién nacido se practicó en el 84,8% de los nacimientos y el 75,8% de los neonatos inició la lactancia materna en las dos primeras horas de vida. Cuando se les preguntó a las mujeres sobre la recepción de información sobre lactancia materna durante el embarazo, el 53% refiere no haber recibido ningún tipo de asesoramiento procedente de profesionales sanitarios. Contacto con grupos de apoyo a la lactancia materna había tenido el 15,2% de las participantes. Para la idea previa de alimentación de su hijo, el 95,4% de las mujeres participantes en el estudio afirmó contar con la lactancia materna exclusiva como primera opción.

Datos al alta hospitalaria

Durante la segunda entrevista, se les preguntó a las participantes sobre el tipo de lactancia en el momento

del alta hospitalaria. Se encontraban con lactancia materna exclusiva el 71,9% de las mujeres, con lactancia parcial el 26,5% y con lactancia artificial el 1,6%.

Los principales motivos, referidos por las participantes, para suplementar con leche artificial a sus neonatos fueron la hipoglucemia y la sensación de que el recién nacido se quedaba con hambre, afirmaciones efectuadas por el 23,5% y el 17,6% de las mujeres, respectivamente.

El 89,1% de las mujeres refieren haber recibido ayuda profesional con la lactancia materna durante su estancia hospitalaria. En el 64,3% de las ocasiones, dicha ayuda tuvo origen en la matrona y en el 19,6% en la matrona junto con la enfermera.

El apoyo familiar y social de las mujeres participantes para la lactancia materna fue percibido como positivo en el 96,8% de ellas. En cuanto al contacto con los grupos de apoyo a la lactancia materna, tan sólo el 19% de las entrevistadas refirió haberlo tenido.

Datos al mes tras el parto

Al mes tras el parto, continuaban con lactancia materna exclusiva el 69,2% de las participantes y habían optado

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

por la lactancia artificial el 7,7% de ellas. El 23,1% restante practicaba una lactancia parcial.

El motivo principal del cambio de lactancia materna exclusiva a otro tipo de alimentación fue la sensación de producción insuficiente de leche, en un 68,8% de los casos. El 18,8 % afirmó haberlo efectuado por recomendación de personal sanitario y el 12,5% por decisión materna.

Durante el primer mes de vida tras el parto, el 63,5% de las mujeres refirieron no haber recibido ningún tipo de ayuda para la lactancia materna. En el 36,5% que por el contrario afirman haberla recibido, esta provino de la matrona en el 52,6% de las ocasiones, del pediatra en el 26,3% y de forma conjunta entre pediatra y matrona en el 15,8%. Al mes de vida, el 25,5% de las mujeres que participaron en el estudio habían tenido contacto con los grupos de apoyo a la lactancia materna. El 95,9% de ellas, valoraba positivamente el apoyo familiar y social del que disponían para la lactancia.

Datos a los tres meses tras el parto

Pasados tres meses tras el parto, el 8,7% de las reclutadas daban a sus hijos lactancia artificial, el 19,6% ofrecía lactancia parcial y el 71,7% continuaba con lactancia materna exclusiva.

La sensación de insuficiente producción de leche continuó constituyendo la primera causa que motivó el cese de la lactancia materna exclusiva, en el 45,5% de las ocasiones. En el 18,2% de los casos, el motivo referido por las mujeres fue que el bebé había dejado de mamar, el mismo porcentaje por otros motivos y el 9,1% por la vuelta al trabajo.

En esta ocasión, el 40,9% de las madres lactantes refirió haber contado con ayuda profesional para la lactancia.

	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación estándar
Puntuación BSES-SF Alta	64	60,13	29	70	9,01
Puntuación BSES-SF Mes	48	62,6	44	70	7,02
Puntuación BSES-SF Tres meses	41	63,61	45	70	5,74
Puntuación BSES-SF Seis Meses	36	64,61	49	70	4,88

Tabla 2. Distribución Puntuación obtenida Escala BSES-SF en los distintos momentos de estudio

Evolución temporal de los datos

En la tabla 18 se observan los resultados en cuanto a los tipos de lactancia de las mujeres participantes a lo largo de los seis meses de seguimiento. En el momento del alta hospitalaria, el 98,4% de las madres daba algún tipo de lactancia materna a sus hijos. A los seis meses, este

Esta provino, en el 44,4% de los casos del pediatra y en el 38,9% de la matrona. El 27,3% de las mujeres sí había tenido contacto con grupos de apoyo a la lactancia materna. El 95,1 percibía apoyo positivo en la familia y amigos para la lactancia materna.

Datos a los seis meses tras el parto

En la recogida de datos pasados seis meses tras el parto, se constató que el 47,6% de las mujeres permanecía alimentando a su hijo con lactancia materna exclusiva, el 38,1% combinaba leche materna con leche de fórmula u otros alimentos y el 14,3% había abandonado la lactancia materna por completo.

El motivo principal referido por las entrevistadas que propició el cambio de lactancia materna exclusiva a parcial o artificial es la vuelta al trabajo, en el 68,4% de los casos. La sensación de escasa producción láctea se da en el 10,5% de las mujeres.

En este momento, el 28,6% de las participantes afirmó haber recibido ayuda de personal sanitario para la lactancia materna, que fue aportada, en el 58,3% de los casos por la matrona, en el 16,7% por el pediatra y de forma conjunta entre ambos profesionales en el 8,3%. Un 26,2% de las mujeres lactantes habían tenido contacto con los grupos de apoyo a la lactancia materna. El 94,6% de ellas valoró positivamente el apoyo familiar y social del que disponía para la lactancia materna.

Puntuación Escala BSES-SF

La puntuación en la Escala BSES-SF en los distintos momentos del estudio, se refleja en la siguiente tabla (Tabla 2).

porcentaje disminuye a 85,7%. Respecto a la lactancia artificial, en el momento del alta supone el 1% de los tipos de alimentación. No obstante, a los seis meses es de 14,3%. La lactancia materna exclusiva, que al alta supone la práctica de alimentación ejercida por el 71,9% de las mujeres, pasa a constituir el 47,6% a los seis meses. (Tabla 3) (Gráfico 3).

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

	Al alta (n=64)	Al mes (n=52)	A los tres meses (n=46)	A los seis meses (n=42)
Lactancia materna exclusiva	46 (71,9%)	36 (69,2%)	33 (71,7%)	20 (47,6%)
Lactancia parcial	17 (26,5%)	12 (23,1%)	9 (19,6%)	16 (38,1%)
Lactancia artificial	1 (1,6%)	4 (7,7%)	4 (8,7%)	6 (14,3%)

Tabla 3. Prevalencia de los tipos de lactancia a lo largo de los seis meses de seguimiento

El soporte percibido hacia la lactancia materna, respecto a: la ayuda profesional recibida, el contacto con los grupos de apoyo a la lactancia materna y el apoyo del

entorno familiar y social evolucionan, a lo largo de los distintos momentos del estudio, según lo representado en el Gráfico 3.

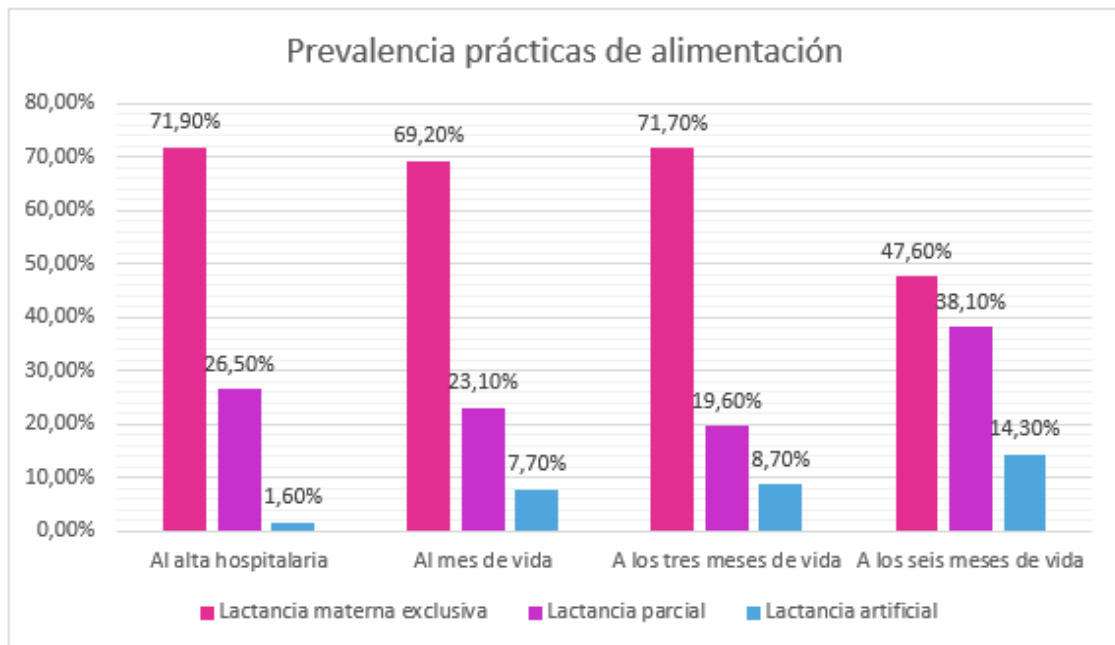


Gráfico 3. Prevalencia de las prácticas de alimentación en los distintos momentos de estudio

Los motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva se recogen en la tabla 4. Según el momento de seguimiento, se aprecian algunas diferencias. Al mes y a los tres meses de vida, la causa principal es la sensación de producción insuficiente de leche, 68,8% y

54,5% respectivamente. A los seis meses, la incorporación al trabajo supone en el 68,4% de los casos el abandono de la lactancia materna (Tabla 4).

	Al mes (n=16)	A los tres meses (n=11)	A los seis meses (n=19)
Sensación de leche insuficiente	11 (68,8%)	6 (54,5%)	2 (10,5%)
El bebé dejó de mamar	0	2 (18,2%)	1 (5,3%)
Decisión materna	2 (12,5%)	0	0

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

Vuelta al trabajo	0	1 (9,1%)	14 (73,7%)
Recomendación de un profesional sanitario	3 (18,8%)	0	1 (5,3%)
Otros	0	2 (18,2%)	1 (5,3%)

Tabla 4. Motivos de abandono de la lactancia materna exclusiva a partir del mes de vida

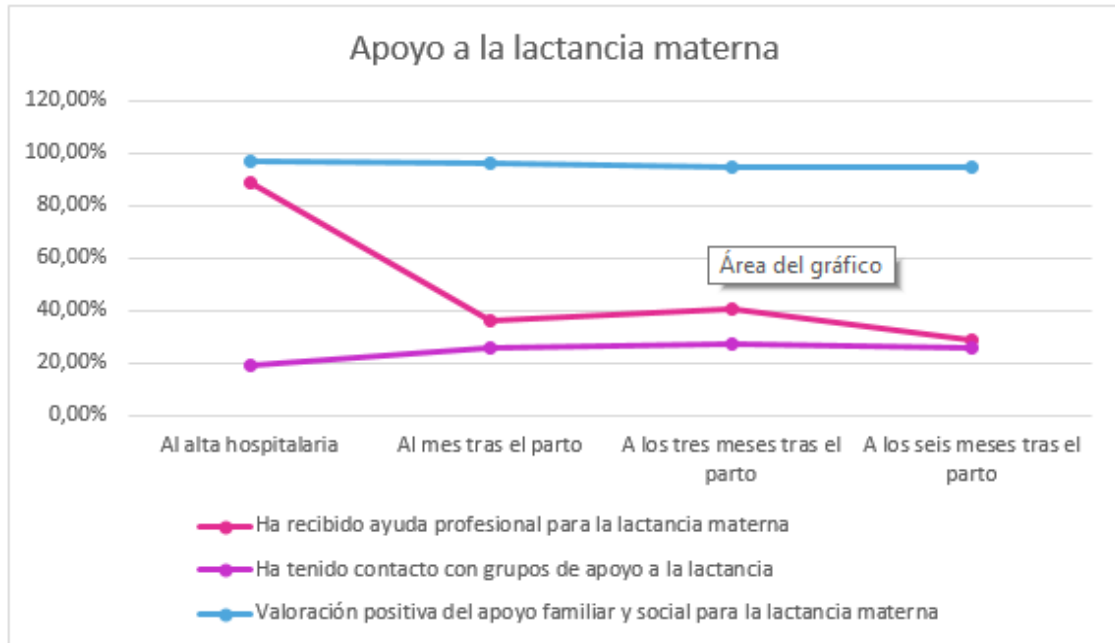


Gráfico 4. Apoyo percibido para la lactancia materna

En cuanto a la evolución de la autoeficacia de la mujer para la lactancia materna, medida según la puntuación obtenida en la escala BSES-SF, se aprecia un

incremento de su media a lo largo de los seis meses de seguimiento (Gráfico 5).

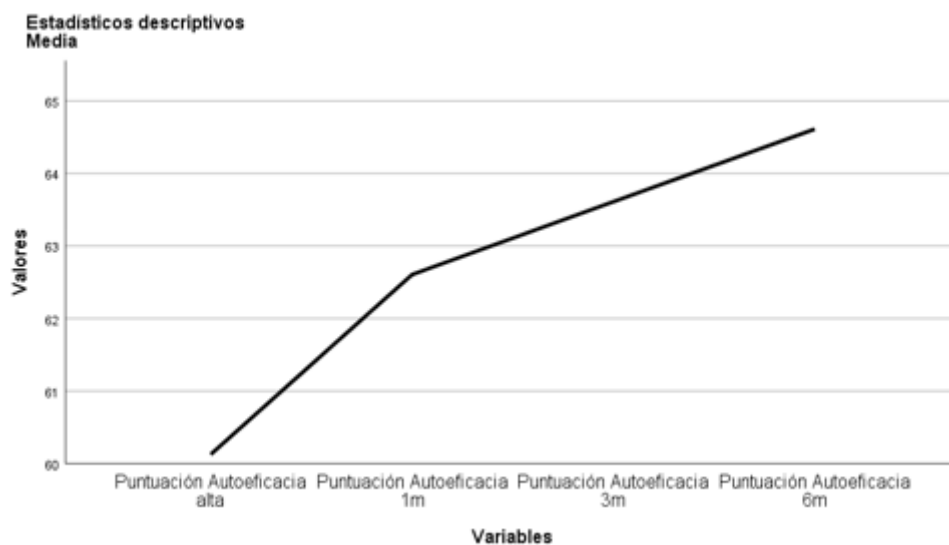


Gráfico 5. Evolución puntuación Escala BSES-SF

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

El análisis bivariante se ha efectuado tras estudiar, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov si las distintas variables cuantitativas cumplían una distribución normal, para justificar así la utilización de pruebas paramétricas o no paramétricas.

De todas las variables cuantitativas estudiadas, la única que cumplía una distribución normal es la puntuación de la escala BSES-SF a los seis meses. El resto de las variables seguían una distribución no normal y se muestran en la siguiente tabla 5.

		Puntuación Autoeficacia alta	Puntuación Autoeficacia 1m	Puntuación Autoeficacia 3m	Puntuación Autoeficacia 6m
N		64	48	41	36
Parámetros normales ^{a,b}	Media	60,13	62,60	63,61	64,61
	DS	9,014	7,022	5,740	4,889
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,176	,195	,181	,143
	Positivo	,137	,146	,133	,135
	Negativo	-,176	-,195	-,181	-,143
Estadístico de prueba		,176	,195	,181	,143
Sig. asintótica(bilateral)		,000c	,000c	,002c	,061c

- a. La distribución de prueba es normal.
- b. Se calcula a partir de datos.
- c. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 5. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Tipo de parto y modalidad de lactancia al alta

El tipo de parto guarda relación con la modalidad de lactancia practicada al alta. De esta manera, las mujeres

cuyos partos han sido eutócicos presentan mayores tasas de lactancia materna exclusiva en el momento del alta hospitalaria, con diferencias estadísticamente significativas (Tabla 6 y7).

Tipo de parto	Eutócico	Recuento	Lactancia al alta		
			LME	Otra	Total
			31	7	38
		% dentro de Tipo de parto	81,6%	18,4%	100,0%
		Residuo corregido	2,4	-2,4	
	Instrumental	Recuento	10	7	17
		% dentro de Tipo de parto	58,8%	41,2%	100,0%
		Residuo corregido	-1,2	1,2	
	Cesárea	Recuento	4	5	9
		% dentro de Tipo de parto	44,4%	55,6%	100,0%
		Residuo corregido	-1,8	1,8	
Total		Recuento	45	19	64
		% dentro de Tipo de parto	70,3%	29,7%	100,0%

Tabla 6. Tabla cruzada Tipo de parto*Lactancia al alta

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,257a	6	,039
Razón de verosimilitud	10,956	6	,090
Asociación lineal por línea	6,670	1	,010
N de casos válidos	64		

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,14.

Tabla 7. Tipo de parto y Lactancia al alta. Pruebas de chi-cuadrado

Inicio precoz de la lactancia y lactancia materna exclusiva al alta

Las mujeres que comienzan la lactancia materna de forma precoz, en las dos primeras horas tras el parto,

tienen 5,85 veces más posibilidades de dar lactancia materna exclusiva en el momento del alta que aquellas que no iniciaron de forma precoz la lactancia materna. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tablas 8, 9, 10).

		Lactancia al alta			
			,00	1,00	Total
Inicio LM 2 horas	Si	Recuento	39	10	49
		% dentro de Inicio LM 2 horas	79,6%	20,4%	100,0%
		Residuo corregido	2,9	-2,9	
	No	Recuento	6	9	15
	% dentro de Inicio LM 2 horas	40,0%	60,0%	100,0%	
	Residuo corregido	-2,9	2,9		
Total		Recuento	45	19	64
		% dentro de Inicio LM 2 horas	70,3%	29,7%	100,0%

Tabla 8. Tabla cruzada Inicio LM 2 horas*Lactancia al alta

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,419a	3	,010
Razón de verosimilitud	10,848	3	,013
Asociación lineal por lineal	5,736	1	,017
N de casos válidos	64		

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,23.

Tabla 9. Inicio LM 2 horas y Lactancia al alta. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Inicio LM 2 horas (Si / No)	5,850	1,685	20,314
Para cohorte Lactancia al alta = ,00	1,990	1,054	3,758
Para cohorte Lactancia al alta = 1,00	,340	,171	,678
N de casos válidos	64		

Tabla 10. Inicio LM 2 horas y Lactancia al alta. Estimación de riesgo

Experiencia previa con la lactancia y lactancia materna exclusiva al alta

Las mujeres que informaron tener experiencia previa con la lactancia materna tienen 3,58 veces más

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

posibilidades de dar lactancia materna exclusiva en el momento del alta que aquellas que no contaban con experiencia alguna en lactancia materna. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tablas 11, 12, 13).

		Lactancia al alta		
		LME	Otra	Total
Experiencia previa LMSi	Recuento	22	4	26
	% dentro de Experiencia previa LM	84,6%	15,4%	100,0%
	Residuo corregido	2,1	-2,1	
2	Recuento	23	15	38
	% dentro de Experiencia previa LM	60,5%	39,5%	100,0%
	Residuo corregido	-2,1	2,1	
Total	Recuento	45	19	64
	% dentro de Experiencia previa LM	70,3%	29,7%	100,0%

Tabla 11. Tabla cruzada Experiencia previa LM*Lactancia al alta

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,292a	1	,038
Corrección de continuidad ^b	3,215	1	,073
Razón de verosimilitud	4,542	1	,033
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	4,224	1	,040
N de casos válidos	64		

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,72.
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 12. Experiencia previa LM y Lactancia al alta. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Experiencia previa LM (Si / 2)	3,587	1,029	12,498
Para cohorte Lactancia al alta = LME	1,398	1,031	1,896
Para cohorte Lactancia al alta = Otra	,390	,146	1,042
N de casos válidos	64		

Tabla 13. Experiencia previa LM y Lactancia al alta. Estimación de riesgo

Valoración del apoyo familiar y social percibido para la lactancia materna y lactancia materna exclusiva al mes tras el parto

Las mujeres que percibieron como positivo el apoyo familiar y social con el que contaban para la lactancia materna presentaron mayores tasas de lactancia materna

exclusiva al mes tras el parto en comparación con aquellas que valoraron negativamente el apoyo percibido. Las diferencias fueron estadísticamente significativas (Tablas 14 y 15).

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

		Tipo lactancia 1m			Total	
		Exclusiva	Parcial	Artificial		
Valoración apoyo 1m	Negativo	Recuento	0	2	0	2
		Recuento esperado	1,5	,5	,0	2,0
		% dentro de Tipo lactancia 1m	0,0%	16,7%	0,0%	4,1%
	Positivo	Recuento	36	10	1	47
		Recuento esperado	34,5	11,5	1,0	47,0
		% dentro de Tipo lactancia 1m	100,0%	83,3%	100,0%	95,9%
Total	Recuento	36	12	1	49	
	Recuento esperado	36,0	12,0	1,0	49,0	
	% dentro de Tipo lactancia 1m	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 14. Tabla cruzada Valoración apoyo 1m y Tipo lactancia 1m

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,429a	2	,040
Razón de verosimilitud	5,898	2	,052
Asociación lineal por lineal	4,255	1	,039
N de casos válidos	49		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Tabla 15. Valoración apoyo y Tipo de lactancia al mes. Pruebas de chi-cuadrado

Profesional sanitario de quien recibe ayuda para la lactancia materna y tipo de lactancia a los tres meses tras el parto

pediatra presentaron mejores tasas de lactancia materna exclusiva a los tres meses tras el parto. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 16, 17).

Las mujeres que refirieron recibir apoyo profesional para la lactancia materna por parte de la matrona y del

		Tipo lactancia 3m			Total	
		Exclusiva	Parcial	Artificial		
Persona ayuda 3m	Pediatra	Recuento	5	3	0	8
		Recuento esperado	4,9	2,7	,4	8,0
		% dentro de Tipo lactancia 3m	45,5%	50,0%	0,0%	44,4%
	Matrona	Recuento	4	3	0	7
		Recuento esperado	4,3	2,3	,4	7,0
		% dentro de Tipo lactancia 3m	36,4%	50,0%	0,0%	38,9%
	Otro	Recuento	1	0	0	1
		Recuento esperado	,6	,3	,1	1,0
		% dentro de Tipo lactancia 3m	9,1%	0,0%	0,0%	5,6%
	Matrona y pediatra	Recuento	0	0	1	1
		Recuento esperado	,6	,3	,1	1,0

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

	% dentro de Tipo lactancia 3m	0,0%	0,0%	100,0%	5,6%
Matrona y doula	Recuento	1	0	0	1
	Recuento esperado	,6	,3	,1	1,0
	% dentro de Tipo lactancia 3m	9,1%	0,0%	0,0%	5,6%
Total	Recuento	11	6	1	18
	Recuento esperado	11,0	6,0	1,0	18,0
	% dentro de Tipo lactancia 3m	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 16. Tabla cruzada Profesional sanitario que presta ayuda y Tipo lactancia a los tres meses

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,359a	8	,013
Razón de verosimilitud	9,653	8	,290
Asociación lineal por lineal	,306	1	,580
N de casos válidos	18		

a. 15 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

Tabla 17. Profesional sanitario que presta ayuda y Tipo de lactancia a los tres meses. Pruebas de chi-cuadrado

Autoeficacia y lactancia materna exclusiva al alta, al mes, al tercer mes y al sexto mes tras el parto

Para determinar la existencia de relaciones entre la autoeficacia de las madres para la lactancia materna y el tipo de lactancia en los distintos momentos de estudio se ha empleado el estadístico no paramétrico Kruskal

Wallis. Las mujeres que practican la lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria, al mes y a los tres meses tras el parto son aquellas que poseen los niveles más altos de autoeficacia, medidos según la puntuación obtenida en la escala BSES-SF (Tabla 18).

Recuento de Rangos. Autoeficacia y lactancia materna al alta			
	Tipo lactancia al alta	N	Rango promedio
Puntuación Autoeficacia alta	Exclusiva	45	36,03
	Parcial	17	19,50
	Total	62	

Autoeficacia y lactancia materna al alta. Estadísticos de prueba ^{a,b}		Puntuación Autoeficacia alta
H de Kruskal-Wallis		10,407
gl		1
Sig. asintótica		,001

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Tipo lactancia al alta

Recuento Autoeficacia y lactancia materna al mes			
	Tipo lactancia 1m	N	Rango promedio

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

Puntuación Autoeficacia 1m	Exclusiva	36	28,64
	Parcial	12	12,08
	Total	48	
Autoeficacia y lactancia materna al tercer mes. Estadísticos de prueba ^{a,b}			
Puntuación Autoeficacia 1m			
H de Kruskal-Wallis		12,685	
gl		1	
Sig. asintótica		,000	
a. Prueba de Kruskal Wallis			
b. Variable de agrupación: Tipo lactancia 1m			
Recuento Autoeficacia y lactancia materna a los tres meses			
Puntuación Autoeficacia 3m			
H de Kruskal-Wallis		5,401	
gl		1	
Sig. asintótica		,020	
a. Prueba de Kruskal Wallis			
b. Variable de agrupación: Tipo lactancia 3m			
Autoeficacia y lactancia materna a los tres meses. Estadísticos de prueba ^{a,b}			
	Tipo lactancia 3m	N	Rango promedio
Puntuación Autoeficacia 3m	Exclusiva	32	23,30
	Parcial	9	12,83
	Total	41	

Tabla 18. Recuento de rangos al alta, al mes y a los 3 meses.

A los seis meses tras el alta, la relación observada en los otros momentos de estudio entre una puntuación elevada en la escala BSES-SF y la lactancia materna exclusiva mediante la prueba Kruskal-Wallis no se aprecia.

Si se comparan los datos de lactancia materna exclusiva a los tres meses con los de los seis meses se aprecia un abandono significativo de esta práctica de lactancia, en provecho de la lactancia parcial y artificial. Del 71,7% de madres que ofrecían a sus hijos lactancia materna exclusiva a los tres meses, se desciende al 47,6% a los seis meses tras el parto. Este cambio en la modalidad de alimentación ocurre en mujeres que obtuvieron en la escala BSES-SF puntuaciones elevadas para su nivel de autoeficacia y explica, por lo tanto, la falta de resultados significativos en este momento del estudio.

Cambios en las prácticas de lactancia

Para justificar la reducción tan drástica que tiene lugar en la práctica de la lactancia materna exclusiva entre las madres desde el momento del alta y a los seis meses tras el nacimiento se ha empleado la prueba de McNemar-Bowker. El resultado ha sido la obtención de una relación positiva entre las tasas de lactancia materna exclusiva al alta y al sexto mes y la variable independiente “ocupación asalariada”. Las madres que ejercen actividad remunerada por cuenta ajena abandonan la lactancia materna exclusiva entre los tres y los seis meses tras el parto con mayor frecuencia que aquellas mujeres desempleadas o trabajadoras por cuenta propia (Tabla 19).

Ocupación	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Desempleada	Prueba de McNemar-Bowker	.	.a
	N de casos válidos	12	
Autónoma	Prueba de McNemar-Bowker	.	.a
	N de casos válidos	3	
Asalariada	Prueba de McNemar-Bowker	9,031	,029
	N de casos válidos	27	

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

Total	Prueba de McNemar-Bowker	9,222	3	,026
	N de casos válidos	42		

a. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Tabla 19. Pruebas de chi-cuadrado para medidas repetidas de la LME, al alta y a los 6 meses, con la ocupación

Modelo de predicción para la lactancia materna exclusiva al alta y a los seis meses

Aplicando el método CHAID o detección automática de interacciones mediante chi-cuadrado se ha tratado de obtener los mejores predictores para la lactancia materna exclusiva en dos momentos que se han considerado

claves del estudio, al alta y a los seis meses tras el parto. Este modelo cuenta con un 97% de precisión en sus predicciones y mediante su aplicación conocemos que variables son aquellas susceptibles de control y cambio para obtener mejores resultados, en este caso, en las tasas de lactancia materna al alta y a los seis meses. Los descriptores aparecen reflejados en el gráfico 6 y 7.

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

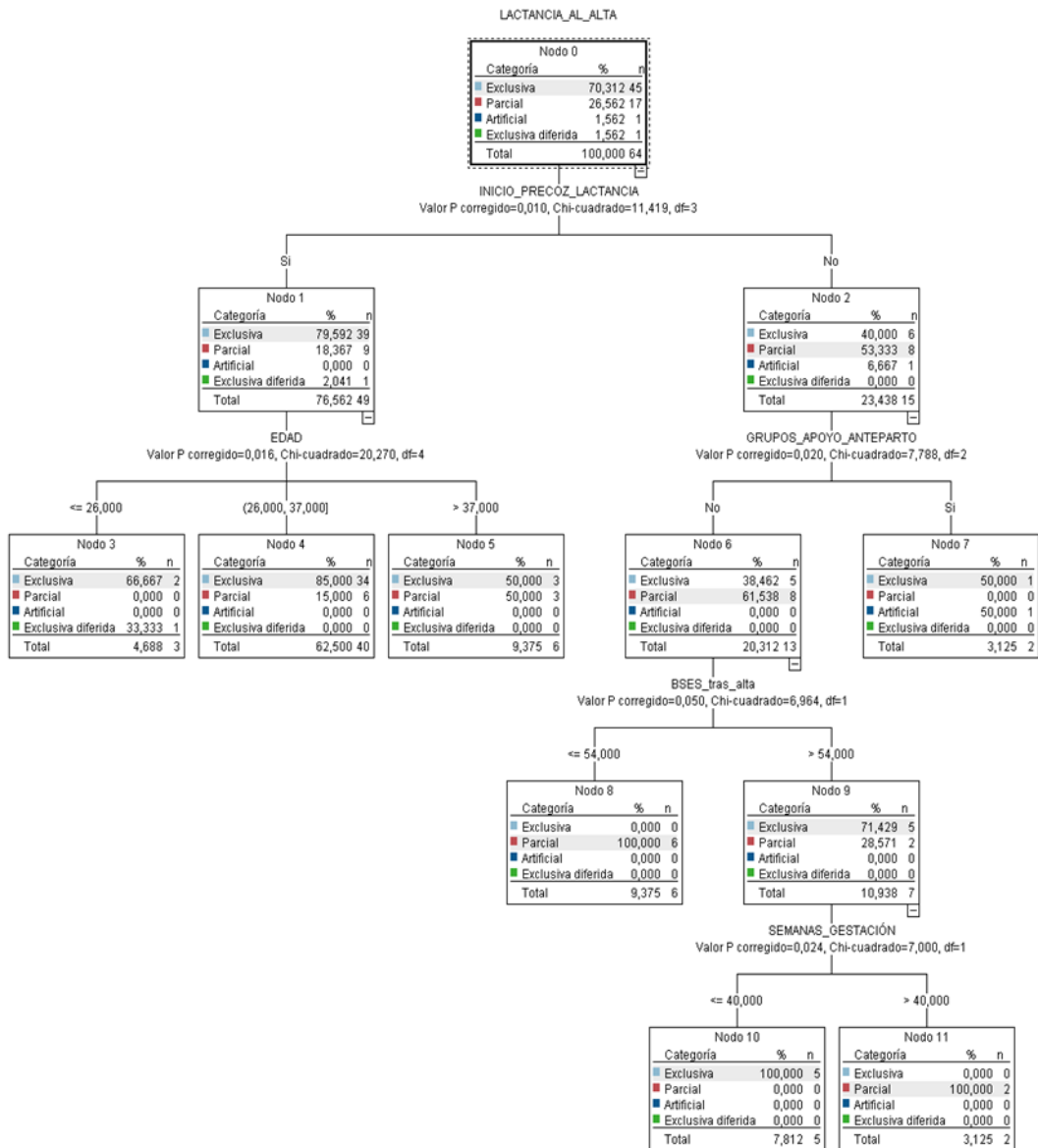


Gráfico 6. Predictores para la lactancia materna al alta

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

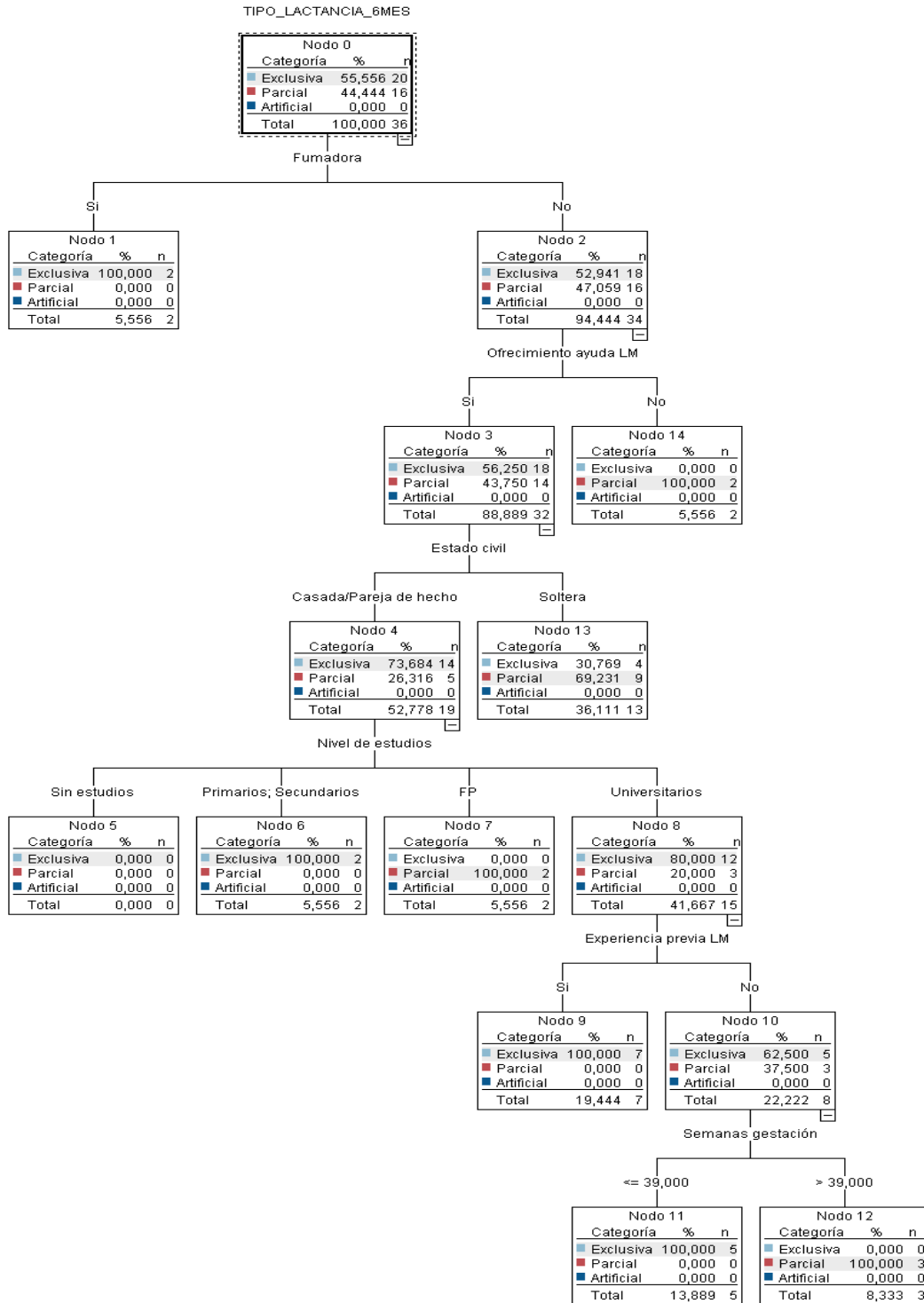


Gráfico 7. Predictores para la lactancia materna a los seis meses

Discusión

El presente ha tenido el objetivo general de identificar y describir qué factores influyen en el inicio de la lactancia materna y en el posterior mantenimiento o abandono de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida del lactante. Para ello, se han seleccionado 66 mujeres que han sido atendidas en el nacimiento de sus hijos en el servicio de paritorio y maternidad del Hospital Puerta del Mar desde el 01 de diciembre de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020, de las cuales 50 recibieron un seguimiento completo. En base a los resultados obtenidos, se concluye que se ha alcanzado el objetivo general descrito, así como los objetivos específicos.

En primer lugar, los resultados descriptivos de la muestra señalaron que la edad media de las mujeres participantes en el momento del parto fue 32,85 años, siendo congruente con la media nacional registrada por el INE en España en 2020³⁸. Si bien en nuestro estudio no se ha hallado relación significativa entre la edad materna y el tipo de lactancia, el estudio ELOIN²⁶ encuentra asociación entre el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los seis meses y la mayor edad materna. Por otro lado, el 97% de las madres era de nacionalidad española, cifra similar a 97,3% registrado en el estudio Zorrotzaurre³⁹ y a la del estudio INMA (97%)⁴⁰.

El 47% de las mujeres participantes contaban con estudios universitarios. Según nuestros resultados este hecho guarda relación con la duración de la lactancia ya que se aprecia en ellas, mayores tasas de lactancia materna exclusiva a los seis meses, aunque no se halla significación estadística. El estudio Zorrotzaurre³⁹ no encuentra dicha relación. Sin embargo, la dependencia entre alto nivel académico y duración de la lactancia materna exclusiva sí es afirmada y mostrando diferencias estadísticamente significativas por otros estudios^{26,41,42}. Concretamente, Ramiro et al.²⁶ señalaron que el hecho de poseer mayores conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna para la salud, parecía generar mayor predisposición para buscar apoyo y soluciones a los posibles inconvenientes que surjan en torno al amamantamiento, lo que daría como resultado lactancias maternas más prolongadas en el tiempo. Por otro lado, y con respecto al hábito tabáquico, tan sólo un 7,6% de las mujeres de la muestra era fumadora. Esta variable no ha resultado ser determinante para el éxito de la lactancia materna, aunque otros estudios han afirmado que las madres fumadoras tienen menor probabilidad de amamantar a sus hijos^{39,41,43}.

Del mismo modo, en este estudio se encontró que el 62,1% de las participantes ejercía profesión remunerada, siendo el 54,5% por cuenta ajena. En un estudio reciente sobre el efecto del trabajo en la lactancia materna se encontró la existencia de brechas en la calidad y accesibilidad de los recursos para la lactancia materna a los ojos de las madres trabajadoras. McCardel y Padilla⁴⁴ concluyeron que, de las mujeres encuestadas, casi el 80%, tenían un espacio privado en el trabajo para extraerse la leche. Alrededor de dos tercios de las mujeres informaron tener descansos para amamantar. El acceso a otros recursos como consultores de lactancia o extractores de leche fue menos común. Las autoras señalaron que el apoyo en el entorno laboral era fundamental para la continuidad de la lactancia.

En este estudio se ha encontrado que las mujeres que informaron tener experiencia previa con la lactancia materna tenían 3,58 veces más posibilidades de dar lactancia materna exclusiva en el momento del alta que aquellas que no contaban con experiencia alguna en lactancia materna. Adicionalmente, la experiencia previa con lactancias anteriores es un predictor para el éxito de la lactancia materna a los seis meses. Estos resultados apoyan las conclusiones encontradas por un trabajo similar llevado a cabo en Castilla y León⁴³, donde encuentran que la experiencia previa parece favorecer el inicio de la lactancia materna. Este hecho puede estar relacionado con la paridad, aunque la bibliografía al respecto es contradictoria. Según el estudio INMA⁴⁰ el ser madre primeriza supone un mayor riesgo de abandono temprano de la lactancia materna. En nuestros resultados no se ha detectado esta relación. El estudio Zorrotzaurre³⁹ y el estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía, realizado en 2005⁴⁵, afirman también que son las madres primerizas quienes presentan una mayor probabilidad de amamantar a sus hijos y durante más tiempo.

Para la idea previa de alimentación de su hijo, el 95,4% de las mujeres participaron en el estudio afirmó contar con la lactancia materna exclusiva como primera opción. No obstante, no se ha hallado dependencia con el tipo de lactancia materna en ninguno de los momentos del seguimiento de nuestro estudio. Existen otros trabajos que sí relacionan la actitud prenatal positiva para la lactancia materna como uno de los factores más influyentes en su posterior éxito⁴⁶⁻⁴⁸.

Aunque en este trabajo se han incluido las variables edad gestacional en el momento del parto, peso y sexo del recién nacido, el análisis estadístico no ha aportado datos significativos al respecto. En un estudio de

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

prevalencia realizado en Zaragoza en 2015⁴⁹, hallan relación entre el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva y la edad gestacional igual o superior a 37 semanas y el peso del recién nacido superior a 3000g. En cuanto al sexo del recién nacido, no se han hallado referencias.

El 59,1% de los nacimientos fueron eutócicos y de todos ellos, el 81,6% practicaban la lactancia materna exclusiva en el momento del alta. La relación positiva entre ambos hechos está apoyada en la bibliografía^{41-43,49} así como la realidad de que el nacimiento por cesárea dificulta el inicio de la lactancia^{42,50,51}.

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística en 2018 el 26,26% de los nacimientos producidos fue mediante cesárea⁵². Aunque esta cifra permanece constante desde 2010, está por encima de las recomendaciones de la OMS⁵³, quien sugiere como idónea una tasa comprendida entre el 5% y el 15%. De acuerdo con Nissen⁵⁴, la cesárea interfiere en el inicio de la secreción láctea por presentar, la madre que ha sido sometida a esta intervención, niveles menores de oxitocina y prolactina. Por otro lado, se produce un retraso en el inicio de la lactancia materna, que puede estar asociado a la separación de la diada madre-hijo, disminución de la capacidad de amamantamiento, menor receptividad del neonato y suministro insuficiente de leche⁵⁵.

Todas estas dificultades concurren para que el parto mediante cesárea sea considerado un factor perjudicial para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Siendo conscientes de esta realidad, la organización intrahospitalaria debe favorecer la implementación de prácticas que solventen estas dificultades y promocionen la lactancia materna también en los nacimientos producidos mediante cesáreas⁵⁶. Desde los equipos de ginecología de los hospitales se debe tener en cuenta este riesgo añadido que presenta la intervención, evitar las cesáreas innecesarias y ajustarse, en la medida de lo posible a los estándares recomendados por la OMS.

En este estudio se encontró que, una vez que se establece la lactancia materna, las mujeres que han tenido un parto mediante cesárea tienen la misma probabilidad de continuar amamantando que las mujeres que han tenido un parto por vía vaginal. Estos resultados son congruentes con los encontrados por otros estudios^{42,53,54}.

En este trabajo, el 75,8% de las mujeres iniciaron la lactancia materna de forma precoz. Esta prevalencia es alta, aunque no alcanza el resultado obtenido por un estudio realizado en el Hospital de Úbeda⁵⁷, en el que el 88,4% de las mujeres iniciaron la lactancia materna en

las dos primeras horas tras el nacimiento. Nuestro estudio muestra que las mujeres que comienzan la lactancia materna de forma precoz, en las dos primeras horas tras el parto, tienen 5,85 veces más posibilidades de dar lactancia materna exclusiva en el momento del alta que aquellas que no iniciaron de forma precoz la lactancia materna. Con respecto a la lactancia, esta práctica favorece una mayor prolongación temporal de la misma y un mejor establecimiento de la lactancia materna exclusiva⁵⁸. Adicionalmente, el inicio precoz de la lactancia materna aporta beneficios inmunológicos y madurativos al neonato⁵⁷, además de las ventajas añadidas del contacto piel-piel entre madre e hijo⁵⁹.

Aunque la relación entre el contacto piel-piel y la lactancia materna exclusiva no ha dado resultados estadísticamente significativos en nuestro trabajo, sí hay evidencia que apoya el uso del contacto piel con piel como estrategia clave para promover la lactancia materna⁵⁹. Es uno de los principios de los “Diez pasos para una lactancia materna exitosa” de la OMS y UNICEF¹¹ además de ser práctica recomendada por guías de buenas prácticas en la atención al nacimiento internacionales⁶⁰ y nacionales^{11,17}. Estos resultados fueron congruentes por los obtenidos por la revisión llevada a cabo por Moore et al.⁵⁹ quienes señalaron que el contacto piel con piel debe llevarse a cabo, inmediatamente tras el parto, colocando al recién nacido en decúbito prono sobre el torso desnudo de la madre, de forma ininterrumpida, al menos una hora o hasta completar la primera toma de leche o mientras que la mujer así lo desee. Estos autores obtuvieron que las mujeres que tuvieron contacto piel a piel con sus bebés tenían más probabilidades de estar amamantando entre uno y cuatro meses después de dar a luz, siendo sus tasas de lactancia materna de 67% versus 54% para las mujeres sin contacto piel-piel. En esta revisión se halló que el período de lactancia era, en promedio, 64 días más largo en las mujeres que tuvieron contacto piel-piel con sus bebés. Además, los autores encontraron que el contacto piel con piel favorecía la lactancia materna también en los casos de nacimiento mediante cesárea.

El 95% de las mujeres percibieron como positivo el apoyo familiar y social para la lactancia materna en el momento de alta y esta cifra se mantuvo constante a lo largo de los seis meses de seguimiento. Al mes tras el parto, la percepción positiva del apoyo recibido se relacionó con mejores cifras de lactancia materna exclusiva. Otros estudios comparten este dato afirmando que el apoyo ofrecido por el entorno social más cercano a la madre influye en la determinación de comenzar la lactancia materna y en su posterior duración⁶¹. También una revisión de métodos cualitativos llevada a cabo en 2008⁶² encuentra que el apoyo social recibido de madre,

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

amiga o pareja se correlaciona con una lactancia materna exitosa.

El apoyo entre pares o grupos de apoyo a la lactancia materna constituyen una herramienta comunitaria para ofrecer soporte continuo a las mujeres que amamantan⁶³. Existen estudios en los que se ha probado el soporte por grupos de apoyo y encuentran esta intervención beneficiosa para las tasas de lactancia materna^{64,65}. En nuestro trabajo el contacto con ellos experimenta un leve aumento a lo largo del período de seguimiento, pasando de un 19% en el momento del alta hospitalaria a un 26% que sí habían contactado con ellos a los seis meses tras el parto. Aun así, es muy bajo el porcentaje de mujeres que accede a ellos. Ya en 1989 en el paso 10 del decálogo propuesto por la IHAN⁸ se alentaba a los servicios sanitarios a promover la creación de grupos de apoyo comunitarios y a entablar alianzas con ellos como medio de soporte postnatal para la lactancia. En las modificaciones realizadas sobre este documento en 2018¹⁹ se insta a que desde la maternidad se coordine el alta hospitalaria de manera que padres y recién nacido continúen contando con acceso a los servicios de apoyo cuando así lo precisen.

En nuestro estudio, poco menos de la mitad de las mujeres señaló haber recibido información sobre la lactancia materna por parte de profesionales sanitarios durante la gestación. Existe evidencia que afirma, que las mujeres que reciben educación sanitaria sobre alimentación infantil prenatalmente, inician de manera más precoz la lactancia y la mantienen durante más tiempo^{28,66}. Cuando la información se da de manera presencial aumenta su efectividad⁶¹. Los datos recogidos en nuestro estudio merecen una situación contextual. Este estudio ha sido llevado a cabo sobre mujeres que han dado a luz en diciembre de 2020 y que por tanto han cursado su embarazo en sintonía con una pandemia, acontecimiento de tal magnitud que ha modificado considerablemente las características de la atención sanitaria que se prestaba con anterioridad, adaptándose a condiciones de seguridad. Las clases de educación maternal, que tradicionalmente se llevaban a cabo en atención primaria de manera grupal han dado paso, en el mejor de los casos, a tutoriales telemáticos. Esto ha supuesto una nueva oportunidad para las gestantes que ya tenían tendencia a emplear la tecnología para informarse sobre aspectos del embarazo, del parto y de la maternidad⁶⁷. No obstante, la existencia de la brecha digital es una realidad que se ha visto acentuada en este estado de pandemia⁶⁸, por lo que otras muchas gestantes han visto reducidas sus posibilidades de recibir educación sanitaria para la maternidad.

La valoración prenatal de la lactancia permite detectar la posibilidad de éxito de la lactancia materna, identificando factores potenciales sobre los que actuar con prontitud. En este momento, se puede valorar la intención de la modalidad de alimentación que planea, las actitudes, la información de la que dispone, el apoyo familiar y social de su entorno y el grado de autoeficacia⁶⁰.

Respecto al apoyo recibido de los profesionales sanitarios, nuestro estudio encuentra que aun siendo alto el porcentaje de mujeres que señalaron contar con ayuda para la lactancia durante la hospitalización postparto, un 89,1%, esta cifra desciende bruscamente en los que se refiere a la ayuda recibida al mes, tercer y sexto mes tras el nacimiento, siendo del 63,5%, 40,9% y 28,6% respectivamente. Los beneficios que aporta la atención postnatal continua por parte de profesionales en cuanto al éxito en la lactancia materna están recogidos en la literatura científica^{69,70}. Este dato es congruente con el obtenido sobre nuestros resultados al tercer mes de vida, donde las mujeres que refirieron recibir apoyo profesional para la lactancia materna por parte de la matrona y del pediatra presentaron mejores tasas de lactancia materna exclusiva en ese momento. Con estos resultados y si añadimos los datos relativos al escaso contacto con los grupos de apoyo que hemos discutido con anterioridad, es posible cuestionar la atención sanitaria postnatal que le prestamos a las mujeres de nuestro entorno y establecer en este punto intervenciones de mejora necesarias con urgencia.

La atención sanitaria profesional postnatal de la lactancia materna debe prolongarse hasta el establecimiento definitivo del proceso de la misma y permanecer accesible para futuros contratiempos. Debe ser una valoración integral y holística, teniendo en cuenta los aspectos fisiológicos y psicológicos de la madre y el recién nacido⁶⁰.

En la valoración postparto y durante la estancia hospitalaria el objetivo de la atención debe ser asegurar un buen inicio e instauración de la lactancia materna. Para ello, la Guía de Práctica Clínica de Lactancia Materna del SNS¹⁸ y en consonancia con la guía de NICE⁷¹, recomienda la valoración de determinados criterios según la presencia de los siguientes indicadores:

- Indicadores de buen agarre y posicionamiento:
 - Boca bien abierta
 - Menos areola visible debajo del mentón que por encima del pezón
 - Barbilla tocando el pecho, labio inferior enrollado hacia abajo y nariz libre
 - No hay dolor

- Indicadores de alimentación exitosa en bebés
 - Deglución audible y visible
 - Succión rítmica sostenida
 - Brazos y manos relajados
 - Boca húmeda
 - Pañales mojados con regularidad
- Indicadores de lactancia materna exitosa en mujeres
 - Pechos blandos
 - No deformación del pezón al final de la toma
 - Mujer relajada y con somnolencia
 - Permanece alerta al comienzo de la toma y luego relajado y somnoliento.
 - Succiona de forma efectiva consiguiendo transferencia de leche y estimulación de la producción.
 - Presenta signos de buena hidratación
 - Deposiciones y micciones indicativas de nutrición adecuada, según edad.
 - Variación de peso dentro de los límites considerados fisiológicos.

La Guía de Buenas Prácticas de la RNAO⁶⁰ establece que en la valoración postnatal se debe evaluar la sincronía de la diada madre e hijo. Los indicadores de una buena conexión son captados a través de la observación de una toma. Así pues, se distingue entre:

- Proceso de lactancia materna
 - La mujer posiciona al neonato de manera que se produce un buen agarre y comodidad durante el amamantamiento.
 - Succión rítmica y deglución audible que indican transferencia de leche.
 - La toma incluye ambos pechos hasta que la lactancia está bien instaurada.
 - El lactante se muestra saciado
 - Madre e hijo interactúan de forma positiva.
- Evaluación de la madre
 - La subida de la leche, percibida por plenitud mamaria, tiene lugar sobre las 72 horas tras el parto. Puede demorarse en caso de mujeres primíparas, cuando se ha producido separación madre e hijo o cuando el nacimiento se ha producido mediante cesárea.
 - Congestión mamaria.
 - Presencia de dolor u otros problemas que puedan interferir con la lactancia.
 - Sentimientos y preocupaciones de la madre: confianza, sensación sobre la producción láctea, del lactante, apoyo social y familiar percibido.
 - Comprender las expresiones de hambre y saciedad del lactante, temporalidad de las tomas y sus variaciones.
- Evaluación del lactante
 - Despertares espontáneos cada 150 o 180 minutos para comer durante el día y la noche.
 - Muestra señales indicativas de disposición a comer mínimo ocho veces en 24 horas.

La Guía de Buenas Prácticas de la RNAO⁶⁰ propone además el uso de herramientas estandarizadas para usar en las valoraciones postnatales de la lactancia materna. Una de ellas es la BSES-SF o formulario corto para la valoración de la autoeficacia de la lactancia materna que se ha empleado en el presente estudio.

En el momento del alta hospitalaria, el 71,9% de las mujeres participantes en el estudio realizaban lactancia materna exclusiva. Nuestro porcentaje de lactancia materna exclusiva al alta es menor que el hallado en otros estudios. Por ejemplo, en el estudio Eloin, el 77,6% de las mujeres practicaban lactancia materna exclusiva en el momento del alta²⁶. (2) El estudio INMA⁴⁰ y el Zorrotzaurre³⁹ también muestran cifras más altas, 84,8% y 77,1 % respectivamente, así como el estudio LACTEM realizado en 2019⁷², con un 75,3% de lactancia materna exclusiva al alta. En Andalucía, un estudio de prevalencia llevado a cabo en 2005⁴⁵ recoge al alta un 82% de mujeres que practicaban la lactancia materna exclusiva.

La lactancia parcial era practicada en el momento del alta por el 26,5% de las mujeres por lo que, en ese momento, el 98,4% de los recién nacidos recibía leche materna en alguna modalidad de lactancia. Este porcentaje es algo mayor que el que encuentran en el estudio LACTEM⁷² y también que el registrado anteriormente en el estudio de Andalucía de 2005⁴⁵, donde al alta, el 85,2% de las mujeres practicaban algún tipo de lactancia.

A lo largo del seguimiento, las cifras de lactancia materna exclusiva descienden, si bien es cierto que la bajada más abrupta se produce en el período de tiempo comprendido entre los tres y los seis meses, pasando a ser de un 71,7% a un 47,6% respectivamente. Aunque la prevalencia recogida en nuestro estudio es mayor y se acerca más a las Metas Mundiales de nutrición propuestas por la OMS para 2025⁷³, el cambio de la modalidad de alimentación a los seis meses concuerda con lo recogido en otros estudios de este tipo. Así en el estudio Eloin²⁶ la lactancia materna exclusiva a los seis meses es del 25,4%, en el INMA⁴⁰ 15,4%, en el

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

Zorrotzaurre³⁹ 21,6%, en el LACTEM⁷² 16,8% y en el de Andalucía de 2005⁴⁵ 7,9%. Así mismo, el dato más positivo se encuentra en lo recogido por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017 que muestra una prevalencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses del 49,6%⁷⁴.

En contrapartida, los datos de lactancia artificial se van incrementando durante el período de seguimiento, pasando de suponer el 1,6% de la práctica de alimentación infantil en el momento del alta al 14,3% a los seis meses. No obstante, hay que señalar que el abandono de la lactancia materna exclusiva al sexto mes se hace sobre todo a expensas del paso a lactancia parcial, suponiendo esta, en un 38,1% a los seis meses, la modalidad de alimentación practicada. En el estudio realizado en Andalucía⁴⁵, en el LACTEM⁷² y en el Zorrotzaurre³⁹ no coinciden estos datos y el abandono de la lactancia materna exclusiva es sobre todo por el paso a la lactancia artificial.

En cuanto a los motivos de abandono referidos por las mujeres participantes varían según el momento del que se trate. De esta forma, en el momento del alta los motivos principales de suplementación con leche de fórmula fueron hipoglucemia del recién nacido y sensación de que el neonato se quedaba con hambre, 23,5% y 17,6% respectivamente. Hay que apuntar, que los motivos eran los percibidos y así expresados por las madres, sin tratarse de diagnósticos hechos por profesionales. No se ha encontrado en la bibliografía consultada sobre los factores que inciden en la lactancia materna datos referentes a la hipoglucemia neonatal como motivo de suplementación referido pudiéndose tratar de una particularidad del entorno de nuestro trabajo. La sensación de que el recién nacido se quedaba con hambre para el abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros días tras el parto sí fue identificada como causa de abandono precoz en el estudio ELOIN²⁶ y en el LACTEM⁷². La formación de la mujer sobre las necesidades nutricionales del recién nacido, los signos de hambre, así como de pautas adecuadas de amamantamiento puede reducir las ocasiones en que los lactantes son suplementados sin que ello sea necesario.

En los dos cortes temporales siguientes, el motivo principal coincide, y se trata de sensación de producción insuficiente de leche, suponiendo el 68,8% al mes y el 71,7% al tercer mes de las causas de abandono. El estudio INMA⁴⁰ encuentra también la sensación de hipogalactia como motivo principal de abandono en los tres primeros meses, así como en el estudio LACTEM⁷², donde se asemeja en porcentaje la sensación de que el recién nacido se queda con hambre. La sensación de

poca producción de leche y por consiguiente la de cantidad insuficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del neonato son una apreciación subjetiva de las madres en la mayoría de las ocasiones. La hipogalactia verdadera es una entidad que ocurre muy rara vez⁴⁰. En la mayoría de las ocasiones, la sensación de poca producción láctea va asociada a técnicas incorrectas de amamantamiento como, por ejemplo, la restricción temporal para las tomas o la mala interpretación de las conductas del lactante. Por tanto, estos abandonos precoces de la lactancia materna exclusiva podrían prevenirse ofreciendo educación prenatal y apoyo continuo durante la lactancia que permita a las madres solventar los inconvenientes que le vayan surgiendo.

Aun cuando los problemas en los pechos, tales como dolor o heridas son un motivo de peso recogido en la literatura como factor que motiva a dispensar leche de fórmula a los neonatos^{39,40}, no supuso en nuestro estudio uno de los motivos más referidos por las mujeres participantes como motivo de abandono de la lactancia materna exclusiva.

A los seis meses, el motivo principal para abandonar la lactancia materna exclusiva era la vuelta al trabajo. Esto lo refieren el 73,7% de las madres. Sin embargo, la sensación de leche insuficiente es percibida tan solo por el 10,5% de las mujeres. Los estudios INMA⁴⁰, Zorrotzaurre³⁹, LACTEM⁷², ELOIN²⁶, y el de prevalencia realizado en Andalucía en 2005⁴⁵ coinciden en este resultado. En nuestro estudio se ha hallado además que las madres que ejercen alguna profesión por cuenta ajena son aquellas que abandonan la lactancia materna exclusiva con mayor frecuencia al sexto mes. Ambos resultados guardan relación directa y es que, en el período comprendido entre los tres y los seis meses se produce la incorporación laboral de las madres por finalización del permiso por maternidad.

En España, este permiso son 16 semanas. Su disfrute se puede iniciar desde el momento mismo del parto o anticipar este período hasta 4 semanas antes de la fecha probable de parto. Aunque el permiso de paternidad ha sido ampliado recientemente, equiparándose al de maternidad, este último permanece constante desde hace años.

Es un hecho que la duración del permiso de maternidad en nuestro país supone un obstáculo difícil de salvar para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que así lo desean. Aun cuando la recomendación universalmente aceptada es mantener la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del lactante, las madres trabajadoras se ven obligadas a su reincorporación a los cuatro meses.

Es totalmente necesario revisar las políticas que giran en torno a la maternidad tomando como referencia la de otros países europeos, como Noruega o Suecia y ampliar el permiso maternal al menos hasta los seis meses postparto para fomentar la práctica de la lactancia materna, hacer posible el alcance de las recomendaciones de la OMS y obtener así los beneficios derivados de la lactancia materna para la mujer, el niño y la sociedad.

Por otro lado, y mientras la reincorporación temprana al trabajo es una realidad, es necesario facilitar a la madre que desea continuar amamantando recursos para hacerlo. El apoyo postnatal para la lactancia materna ha demostrado ser eficaz en cuanto al inicio y el mantenimiento de esta⁶⁹. En el momento crítico para la lactancia materna que supone la situación de reincorporación laboral, los profesionales sanitarios y los grupos de apoyo ejercemos un papel fundamental. Transmitir confianza e información sobre la extracción y conservación de la leche, así como de la combinación de las tomas con los turnos de trabajo puede resultar en un mayor mantenimiento de la lactancia materna. La flexibilidad horaria, facilidad para las reducciones de jornada, el teletrabajo y habilitar zonas donde la madre pueda extraerse la leche e incluso estar en contacto con su hijo son medidas del entorno laboral que facilitarían la continuación de la lactancia materna.

Como factor que interviene en inicio y el mantenimiento de la lactancia materna recogimos datos sobre la autoeficacia de las madres. Así pues, la puntuación media para la autoeficacia obtenida según la puntuación en la Escala BSES-SF fue 60,13, 62,6, 63,61 y 64,61 al alta, mes, tercer y sexto mes respectivamente. Se aprecia un incremento de la media de puntuación a lo largo de los seis meses de seguimiento, cuya mejora fue significativa. Al estar la autoeficacia influenciada, entre otros, por la exposición a la lactancia de la mujer y por sus propias experiencias²⁷, esta tendencia al aumento se justifica con el paso del tiempo y la adquisición de mayor destreza en el acto del amamantamiento.

La autoeficacia de la lactancia es un factor modificable y susceptible por tanto de intervenciones que la mejoren³⁵. A su vez, la evidencia sugiere que niveles altos de autoeficacia para la lactancia materna está relacionada positivamente con la duración de la lactancia^{27,32,33}. Los resultados de nuestro estudio corroboran estos datos ya que se encontró que las mujeres que en el momento del alta hospitalaria practicaban la lactancia materna exclusiva y que la mantuvieron al mes y a los tres meses, fueron quienes tuvieron puntuaciones más altas de autoeficacia. No

obstante, está relación entre ambas variables no es hallada en los datos relativos a los seis meses.

Para tratar de justificar este hecho se han comparado los datos de lactancia materna exclusiva a los tres meses con los de los seis meses. Se aprecia en este momento un abandono significativo de esta práctica de lactancia, en provecho de la lactancia parcial y artificial. Del 71,7% de madres que ofrecían a sus hijos lactancia materna exclusiva a los tres meses, desciende al 47,6% a los seis meses tras el parto. Este cambio en la modalidad de alimentación ocurre en mujeres que obtuvieron en la escala BSES-SF a los tres meses puntuaciones elevadas para su nivel de autoeficacia y explica, por lo tanto, la falta de resultados significativos en este momento del estudio.

En relación con lo anterior, ya discutimos como el gran abandono de la lactancia materna producido a los seis meses ocurre, con mayor probabilidad, en las madres asalariadas en las que, una vez finalizado el permiso por maternidad deben reincorporarse al trabajo. Las mujeres, que aun disponiendo de competencias, actitudes, entrenamiento y confianza en su propia capacidad para amamantar desisten de alimentar a sus hijos de forma exclusiva con leche materna por motivos no inherentes a ella.

Con el objetivo de determinar que variables de las investigadas resultan predictores, bien para el éxito de la lactancia materna o por el contrario para la detección de situaciones de alto riesgo de abandono precoz o no iniciación de la misma se aplicó en este estudio el método estadístico CHAID. La identificación de las mismas nos permitirá aplicar los hallazgos a la práctica clínica y dirigir las intervenciones hacia la modificación y mejora de las áreas susceptibles, aumentando por tanto el nivel de calidad de la atención sanitaria relacionada con la lactancia materna que se les presta a las mujeres y sus hijos.

Como predictores positivos para el éxito de la lactancia materna exclusiva se han obtenido, a) inicio precoz de la misma b) contacto con los grupos de apoyo c) niveles altos de autoeficacia de la lactancia materna obtenidos en la escala BSES-SF y d) ayuda proporcionada por profesionales. Nos encontramos, en este caso con factores en los que es posible ejercer influencia desde el ámbito sanitario, a) fomentando la no separación de la diada madre-hijo tras el parto y favoreciendo el contacto piel-piel, b) promocionar los grupos de apoyo y fomentar el contacto de las madres con ellos, establecer alianzas entre las maternidades y los grupos de apoyo, c) aumentar la autoeficacia mediante medidas formativas que suministren mayor capacitación y

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

confianza a las madres que amamantan, d) proporcionar atención proactiva y continua durante la gestación, parto y período postnatal.

Características que avicinan dificultades para la lactancia materna son a) edad superior a 37 años, b) estado civil soltera, c) estudios secundarios o inferiores, d) no experiencia previa con la lactancia materna. Ante estas circunstancias es necesario fortalecer la red de apoyo e instar aún más si cabe en aquellos factores que pueden predecir éxito en la lactancia materna.

Conclusiones

1. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva en el momento del alta en las mujeres de nuestro entorno es inferior que la obtenida en otros estudios nacionales. En cambio, a los seis meses, no dista e incluso es algo mayor a la comparativa. La evolución de la lactancia materna exclusiva sigue el mismo patrón a lo largo de los seis primeros meses de vida que el descrito en la literatura.
2. Entre las causas de abandono identificadas se detectan aquellas que interfieren sobre todo en el inicio e instauración de la lactancia materna exclusiva y por otro, las que suceden más tardíamente.
3. La educación sanitaria proporcionada por profesionales sanitarios, la experiencia previa con lactancias anteriores, así como el apoyo del entorno familiar y social percibido por la mujer para la lactancia son factores que predisponen al éxito en la lactancia materna exclusiva.
4. Las intervenciones de apoyo llevadas a cabo en el mismo momento del nacimiento son de suma importancia para el posterior éxito de la lactancia materna ya que promueven mayor duración de la misma y mayores índices de lactancia materna exclusiva. El contacto piel-piel inmediato e ininterrumpido tras el parto y el apoyo a la madre para que la primera toma se produzca dentro de la hora que sigue al nacimiento deben ser rutinas hospitalarias establecidas por protocolo, conocidas y llevadas a cabo por todos los proveedores de atención sanitaria que atienden a la mujer y a su hijo en esos momentos, en especial obstetras, neonatólogos y matronas.
5. La autoeficacia de la lactancia materna evoluciona favorablemente desde los primeros días tras el parto hasta pasados seis meses tras él. Niveles altos se relacionan con mejores tasas de inicio y de duración de la lactancia materna exclusiva.

Bibliografía

1. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387(1007):491-504. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01044-2)
2. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid: Ergon; 2004.
3. Van Dellen SA, Wisse B, Mobach MP, Dijkstra A. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):993. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7331-y>
4. Herrero Martínez MH. Políticas de promoción de lactancia materna en España y Europa: un análisis desde el género. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. 2017;(25): 201-15. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000142> [Consultado 30-05-2021]
5. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Sucedáneos de leche materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42533/9243541609_spa.pdf?sequence=1 [Consultado 30-05-2021]
6. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Convención sobre los derechos de los niños. Madrid: Fondo de las Naciones para la Infancia, Comité Español; 2015. Disponible en: https://ciudadesamigas.org/wp-content/uploads/2015/07/cdn_version20151.pdf [Consultado 30-05-2021]
7. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1989. *Boletín Oficial del Estado*, nº 313 (31-12-1990). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-31312> [Consultado 30-05-2021]
8. Organización Mundial de la Salud. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad: declaración conjunta OMS/UNICEF. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41246> [Consultado 30-05-2021]

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

9. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Declaración de Innocenti, sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, 1 de agosto de 1990, Florencia, Italia. Madrid: Asociación Española de Pediatría; [Fecha desconocida]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/1-declaracion_innocenti_1990.pdf [Consultado 30-05-2021]
10. Organización Mundial de la Salud. 44a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/202551> [Consultado 30-05-2021]
11. IHAN: Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf> [Consultado 30-05-2021]
12. Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Ficha de recogida de buenas prácticas. [Madrid]: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; [Fecha desconocida]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/osm/BBPP/I_H_A_N.pdf [Consultado 30-05-2021]
13. Hernández Aguilar MT, González Lambide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Argüelles-Cañedo C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco A, et al. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:513-29. Disponible en: <https://pap.es/articulo/1066/centros-de-salud-ihan-iniciativa-de-humanizacion-de-la-atencion-al-nacimiento-y-la-lactancia-una-garantia-de-calidad> [Consultado 30-05-2021]
14. Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/258955> [Consultado 03-06-2021]
15. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42695> [Consultado 30-05-2021]
16. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de lactancia en Europa: plan estratégico. Luxemburgo: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia; 2004. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/5-europe_a_blueprint_for_action.pdf [Consultado 30-05-2021]
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. [Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad]; 2012. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf [Consultado 30-05-2021]
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf [Consultado 30-05-2021]
19. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Guía para la Aplicación: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología: revisión de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf> [Consultado 30-05-2021]
20. United Nations International Children's Emergency Fund. Infant and Young Child Feeding database. [New York]: United Nations International Children's Emergency Fund; 2021. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/> [Consultado 30-05-2021]
21. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Region has lowest global breastfeeding rates. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates> [Consultado 30-05-2021]
22. Theurich MA, Davanzo R, Busck-Rasmussen M, Díaz-Gómez NM, Brennan C, Kylberg E, et al. Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019; 68(3):400-7. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002234>
23. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna. Lactancia Materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. 2016. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2017. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/document>

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

- <os/201602-lactanciamaterna-cifras.pdf>
[Consultado 30-05-2021]
24. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. Encuesta Nacional de Salud: España 2017. Resumen metodológico. Madrid: Ministerio de Sanidad, Bienestar y Consumo; 2018. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
[Consultado 30-05-2021]
 25. Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ER. Factors Associated with Low Incidence of Exclusive Breastfeeding for the First 6 Months. *Birth*. 2007;34(3):212-9. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.2007.00173.x>
 26. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr*. 2018;89(1):32-43.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>
 27. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women Birth*. 2010; 23(4):135-45. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>
 28. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr*. 2018;190-196.e21. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>
 29. Fair FJ, Ford GL, Soltani H. Interventions for supporting the initiation and continuation of breastfeeding among women who are overweight or obese. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;9:CD012099.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012099.pub2>
 30. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact*. 2017; 33(3):486-99.
<https://doi.org/10.1177/0890334417707957>
 31. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;82(2):191-215.
<https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
 32. Dennis CL. Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. *J Hum Lact*. 1999; 15(3):195-201.
<https://doi.org/10.1177/089033449901500303>
 33. Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(6):734-44.
<https://doi.org/10.1177/0884217503258459>
 34. Oliver-Roig A, d'Anglade-González ML, García-García B, Silva-Tubio JR, Richart-Martínez M, Dennis CL. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(2): 169-73.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.005>
 35. Galipeau R, Baillet A, Trottier A, Lemire L. Effectiveness of interventions on breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk supply: A systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Nutrition*. 2018;14(3):e12607.
<https://doi.org/10.1111/mcn.12607>
 36. Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90:e1-e18. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_MDGes.pdf
[Consultado 30-05-2021]
 37. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;1:CD001141.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd001141.pub3>
 38. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Fecundidad. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [2022]. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>
[Consultado 10-06-2021]
 39. López de Aberasturi Ibáñez de Garayo A, Santos Ibáñez N, Ramos Castro Y, García Franco M, Artola Gutiérrez C, Arara Vidal I. Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre. *Nutr Hosp*. 2021;38(1):50-9.
<https://doi.org/10.20960/nh.03329>
 40. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit*. 2015;29(1):4-9.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>
 41. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G, CALINA GC. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. *Estudio Calina An Pediatr*. 2013;79(5):312-8.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.03.010>
 42. Palomares Gimeno MJ, Fabregat Ferrer E, Folch Manuel S, Escrig García B, Escoín Peña F, Gil Segarra C. Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13(49): p. 47-62. Disponible en:
<https://pap.es/articulo/11446/apoyo-a-la-lactancia-materna-en-una-zona-basica-de-salud->

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

- [prevalencia-y-factores-sociosanitarios-relacionados](#) [Consultado 10-06-2021]
43. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT, Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13(49):33-46. Disponible en: <https://pap.es/articulo/11419/situacion-actual-y-factores-que-condicionan-la-lactancia-materna-en-castilla-y-leon> [Consultado 10-06-2021]
 44. McCardel RE, Padilla HM. Assessing Workplace Breastfeeding Support Among Working Mothers in the United States. *Workplace Health Saf*. 2020;68(4):182-9. <https://doi.org/10.1177/2165079919890358>
 45. Aguayo J, Pasadas S, Ramírez A, Rello C, Martínez M, Bonal P. La Lactancia Materna en Andalucía. Resultados del Estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005.
 46. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatr*. 2006;117: e646-55. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1991>
 47. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM. The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public Health Nutr*. 2010;13(6):760-70. <https://doi.org/10.1017/s1368980009991522>
 48. Ward M, Sheridan A, Howell F, Hegarty I, O'Farrell A. Infant feeding: factors affecting initiation, exclusivity and duration. *Ir Med J*. 2004;97(7):197-9. Disponible en: <http://archive.imj.ie/ViewArticleDetails.aspx?ArticleID=319> [Consultado 10-06-2021]
 49. Giménez López V, Jimeno Sierra B, Valles Pinto MD, Sanz de Miguel E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:17-26. Disponible en: <https://pap.es/articulo/11935/prevalencia-de-la-lactancia-materna-en-un-centro-de-salud-de-zaragoza-espana-factores-sociosanitarios-que-la-condicionan> [Consultado 10-06-2021]
 50. Cuestas Montañés E, Aparicio Sánchez JL. Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna. *Evid Pediatr*. 2011;7:15. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/5579/enlace> [Consultado 10-06-2021]
 51. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*. 2002;29(2):124-31. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2002.00172.x>
 52. Instituto Nacional de Estadística. Partos por residencia de la madre, edad de la madre, madurez y tipo de parto. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2019. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1684&capsel=5857> [Consultado 10-06-2021]
 53. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1 [Consultado 10-06-2021]
 54. Nissen E, Uvnäs-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widström AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by Caesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev*. 1996;45(1-2): 103-18. [https://doi.org/10.1016/0378-3782\(96\)01725-2](https://doi.org/10.1016/0378-3782(96)01725-2)
 55. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:90. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
 56. Beake S, Bick D, Narracott C, Chang YS. Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2017;13(4):e12390. <https://doi.org/10.1111/mcn.12390>
 57. Herrera-Gómez A, Ramos-Torrecillas J, Ruiz C, Ocaña Peinado F, de Luna Bertos E, García-Martínez O. Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna. *Nutr Hosp*. 2019;36(4):786-91. <https://doi.org/10.20960/nh.02510>
 58. Difrisco E, Goodman KE, Budin WC, Lilienthal MW, Kleinman A, Holmes B. Factors associated with exclusive breastfeeding 2 to 4 weeks following discharge from a large, urban, academic medical center striving for baby-friendly designation. *J Perint Educ*. 2011;20(1):28-35. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.20.1.28>
 59. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003519.pub4>
 60. Registered Nurses' Association of Ontario. Lactancia Materna – Fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuidad de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-Iscii); 2018. Disponible en:

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

- https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/BPG_Lactancia_Materna.pdf [Consultado 10-06-2021]
61. Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery*. 2009;25(2):187-94. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.013>
 62. McInnes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs*. 2008;62(4):407-27. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04618.x>
 63. Pallás Alonso C, Soriano Faura J, Grupo PrevInfad. Apoyo a la lactancia en Atención Primaria. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 7 de octubre de 2018. Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/monografia/lactancia-materna> [Consultado 10-06-2021]
 64. Balaguer Martínez JV, Valcarce Pérez I, Esquivel Ojeda JN, Hernández Gil A, Martín Jiménez MDP, Bernad Albareda M. Apoyo telefónico de la lactancia materna desde Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico. *An Pediatr*. 2018;89(6):344-51. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.007>
 65. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2002;166(1):21-8. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/166/1/21.long> [Consultado 10-06-2021]
 66. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Early initiation of breastfeeding is benefited by maternal education program. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(3):254-7. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2012.12.001>
 67. Baena-Antequera F, Jurado-García E, Fernández-Carrasco FJ, Rodríguez-Díaz L, Gómez-Salgado J, Vázquez-Lara JM. Atención del embarazo durante la epidemia de Covid-19, ¿Un impulso para el cambio? *Rev Esp Salud Pública*. 2020;94:e202011157. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL9_4/C_ESPECIALES/RS94C_202011157.pdf [Consultado 10-06-2021]
 68. Sáinz M, Arroyo L, Castaño C. Mujeres y digitalización. De las brechas a los algoritmos. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2020. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/disenovovedades/M_MUJERES_Y_DIGITALIZACION_DE_LAS_BRECHAS_A_LOS_ALGORITMOS_04.pdf [Consultado 10-06-2021]
 69. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2(2):CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001141.pub5>
 70. Pereda Goikoetxea B, Etxaniz Elosegui I, I, Aramburu Aliaga I, Ugartemendia Yerobi M, Uranga Iturrioz MJ, Zinkunegi Zubizarreta N. Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. Revisión bibliográfica. *Matronas profesión*. 2014;15(2):e1-e8.
 71. Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, et al. Clinical guidelines and evidence review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: Royal College of General Practitioners (UK); 2006. Chapter 6, Infant Feeding; p. 190-256. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55918/> [Consultado 10-06-2021]
 72. Cabedo Ferreiro R, Manresa Lamarca JM, Cambredó MV, Montero Pons L, Reyes Lacalle A, Gol Gómez R, et al. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. *Estudio LACTEM. Matronas Prof*. 2019;20(2):54-61.
 73. Organización Mundial de la Salud. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/130456/WHO_NMH_NHD_14.1_spa.pdf?isAllowed=y&sequence=1 [Consultado 10-06-2021]
 74. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm> [Consultado 10-06-2021]

Anexos

Anexo 1

"Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".

RECOGIDA DE DATOS 1: HOSPITALIZACIÓN

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS			
Nombre Completo:	Nº	Edad:	Nacionalidad:
Municipio:	Centro de Salud:		
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada / De hecho <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda	Ocupación:	<input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Autónoma <input type="checkbox"/> Asalariada
Estudios:	<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Formación Profesional <input type="checkbox"/> Universitarios	Convivientes en la unidad familiar:	<input type="checkbox"/> Mujer sola <input type="checkbox"/> Pareja e hijos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otros
¿Fumadora?			Sí No
ANTECEDENTES			
Partos anteriores:	<input type="checkbox"/> Gestaciones	<input type="checkbox"/> Partos	<input type="checkbox"/> Hijos
Lactancias anteriores:	Hijo 1 <input type="checkbox"/> Exclusiva meses	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Artificial
	Hijo 2 <input type="checkbox"/> Exclusiva meses	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Artificial
	Hijo 3 <input type="checkbox"/> Exclusiva meses	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Artificial
DATOS OBSTÉTRICOS Y DEL RECIÉN NACIDO			
Fecha del parto:	Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Eutócico <input type="checkbox"/> Instrumental <input type="checkbox"/> Cesárea		
Analgesia intraparto: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Raquídea <input type="checkbox"/> General			
Semanas de gestación:	Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Peso del RN:	
Contacto piel-piel en las primeras dos horas postparto			Sí No
Inicio de la lactancia materna en las dos horas postparto			Sí No
¿Recibió información sobre la lactancia materna durante el embarazo?			Sí No
En caso afirmativo a la pregunta anterior, ¿Quién se la proporcionó?			<input type="checkbox"/> Personal sanitario <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos
¿Ha tenido contacto con grupos de apoyo a la lactancia materna?			Sí No
¿Cómo tenía pensado alimentar a su bebé antes de dar a luz?			<input type="checkbox"/> Lactancia materna <input type="checkbox"/> Lactancia parcial <input type="checkbox"/> Lactancia artificial <input type="checkbox"/> No sabe

Anexo 2

"Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".

RECOGIDA DE DATOS 2: TRAS ALTA HOSPITALARIA

RECOGIDA DE DATOS - 2						
Nº:	Nombre Completo:					
Tipo de lactancia al alta:	<input type="checkbox"/> Exclusiva		<input type="checkbox"/> Parcial		<input type="checkbox"/> Artificial	
En caso de ser parcial o artificial. ¿Por qué motivo necesitó el RN suplemento con leche de fórmula?	<input type="checkbox"/> Hipogalactia <input type="checkbox"/> Problemas mamas <input type="checkbox"/> Dificultad RN para agarrarse al pecho <input type="checkbox"/> Sensación de que el RN se queda con hambre		<input type="checkbox"/> Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Deshidratación <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia <input type="checkbox"/> Deseo materno <input type="checkbox"/> Otros:			
¿Le ofrecieron ayuda profesional con la lactancia materna durante su estancia hospitalaria?					Sí	No
¿Quién se la proporcionó?	<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Matrona	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> TCAE	<input type="checkbox"/> Otro	
¿Cómo valora el apoyo familiar y social que tiene para la lactancia materna?				Positivo / Negativo		
¿Ha tenido contacto con grupos de apoyo a la lactancia materna?					Sí	No

Anexo 3

"Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".

RECOGIDA DE DATOS 3: PRIMER MES DE VIDA

RECOGIDA DE DATOS - 3						
Nº:	Nombre Completo:					
Tipo de lactancia al alta:	<input type="checkbox"/> Exclusiva		<input type="checkbox"/> Parcial		<input type="checkbox"/> Artificial	
Tipo de lactancia al mes de vida:	<input type="checkbox"/> Exclusiva		<input type="checkbox"/> Parcial		<input type="checkbox"/> Artificial	
Si ha habido algún cambio. ¿Cuándo sucedió?		 Días Semanas Meses	
¿Cuál fue el motivo que lo propició?	<input type="checkbox"/> Leche insuficiente (<i>Producción insuficiente, escasa ganancia ponderal del bebé, se quedaba con hambre</i>) <input type="checkbox"/> Problemas en las mamas (<i>Dolor, grietas, mastitis, pezones planos o invertidos</i>) <input type="checkbox"/> El bebé dejó de mamar <input type="checkbox"/> Problemas de salud maternos <input type="checkbox"/> Recomendación de la pareja <input type="checkbox"/> Recomendación de la familia <input type="checkbox"/> Recomendación de amigos		<input type="checkbox"/> Problemas de salud del lactante <input type="checkbox"/> Decisión materna (Más fácil el biberón, deseo propio, agobio o incomodidad) <input type="checkbox"/> Vuelta al trabajo <input type="checkbox"/> Recomendación de un profesional sanitario: <i>Pediatra / Médico de familia / Matrona / Enfermera atención primaria / Otro</i> <input type="checkbox"/> Otros:			
¿Ha encontrado ayuda profesional para la lactancia una vez ha salido del hospital?					Sí	No
¿Quién se la proporcionó?	<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Médico de familia	<input type="checkbox"/> Matrona	<input type="checkbox"/> Enfermera atención primaria	<input type="checkbox"/> Otro	
¿Ha tenido contacto con grupos de apoyo a la lactancia materna?					Sí	No
¿Cómo valora el apoyo familiar y social que tiene para la lactancia materna?				Positivo / Negativo		

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

Anexo 4

"Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".

RECOGIDA DE DATOS 4: TERCER MES DE VIDA

RECOGIDA DE DATOS - 3			
Nº:	Nombre Completo:		
Tipo de lactancia al alta:	<input type="checkbox"/> Exclusiva	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Artificial
Tipo de lactancia al mes de vida:	<input type="checkbox"/> Exclusiva	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Artificial
Tipo de lactancia al tercer de vida:	<input type="checkbox"/> Exclusiva	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Artificial
Si ha habido algún cambio. ¿Cuándo sucedió? Días Semanas Meses		
¿Cuál fue el motivo que lo propició?	<input type="checkbox"/> Leche insuficiente (<i>Producción insuficiente, escasa ganancia ponderal del bebé, se quedaba con hambre</i>) <input type="checkbox"/> Problemas en las mamas (<i>Dolor, grietas, mastitis, pezones planos o invertidos</i>) <input type="checkbox"/> El bebé dejó de mamar <input type="checkbox"/> Problemas de salud maternos <input type="checkbox"/> Recomendación de la pareja <input type="checkbox"/> Recomendación de la familia <input type="checkbox"/> Recomendación de amigos <input type="checkbox"/> Problemas de salud del lactante <input type="checkbox"/> Decisión materna (Más fácil el biberón, deseo propio, agobio o incomodidad) <input type="checkbox"/> Vuelta al trabajo <input type="checkbox"/> Recomendación de un profesional sanitario: <i>Pediatra / Médico de familia / Matrona / Enfermera atención primaria / Otro</i> <input type="checkbox"/> Otros:		
¿Ha encontrado ayuda profesional para la lactancia una vez ha salido del hospital?			Sí No
¿Quién se la proporcionó?	<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Médico de familia	<input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Enfermera atención primaria <input type="checkbox"/> Otro
¿Ha tenido contacto con grupos de apoyo a la lactancia materna?			Sí No
¿Cómo valora el apoyo familiar y social que tiene para la lactancia materna?	Positivo / Negativo		

Anexo 5

"Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".

RECOGIDA DE DATOS 5: SEXTO MES DE VIDA

RECOGIDA DE DATOS - 3			
Nº:	Nombre Completo:		
Tipo de lactancia al alta:	<input type="checkbox"/> Exclusiva	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Artificial
Tipo de lactancia al mes de vida:	<input type="checkbox"/> Exclusiva	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Artificial
Tipo de lactancia al tercer de vida:	<input type="checkbox"/> Exclusiva	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Artificial
Tipo de lactancia al sexto de vida:	<input type="checkbox"/> Exclusiva	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Artificial
Si ha habido algún cambio. ¿Cuándo sucedió? Días Semanas Meses		
¿Cuál fue el motivo que lo propició?	<input type="checkbox"/> Leche insuficiente (<i>Producción insuficiente, escasa ganancia ponderal del bebé, se quedaba con hambre</i>) <input type="checkbox"/> Problemas en las mamas (<i>Dolor, grietas, mastitis, pezones planos o invertidos</i>) <input type="checkbox"/> El bebé dejó de mamar <input type="checkbox"/> Problemas de salud maternos <input type="checkbox"/> Recomendación de la pareja <input type="checkbox"/> Recomendación de la familia <input type="checkbox"/> Recomendación de amigos <input type="checkbox"/> Problemas de salud del lactante <input type="checkbox"/> Decisión materna (Más fácil el biberón, deseo propio, agobio o incomodidad) <input type="checkbox"/> Vuelta al trabajo <input type="checkbox"/> Recomendación de un profesional sanitario: <i>Pediatra / Médico de familia / Matrona / Enfermera atención primaria / Otro</i> <input type="checkbox"/> Otros:		
¿Ha encontrado ayuda profesional para la lactancia una vez ha salido del hospital?			Sí No
¿Quién se la proporcionó?	<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Médico de familia	<input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Enfermera atención primaria <input type="checkbox"/> Otro
¿Ha tenido contacto con grupos de apoyo a la lactancia materna?			Sí No
¿Cómo valora el apoyo familiar y social que tiene para la lactancia materna?	Positivo / Negativo		

Anexo 6

"Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".

Escala de Autoeficacia Para La Lactancia Materna BSES-SF

Para cada una de las siguientes fases, escoja la que mejor describe la seguridad con la que se encuentra amamantando a su bebe.

	Nada en absoluto	En absoluto	No estoy segura	Casi siempre	Siempre
1. Siempre sé que mi bebé está tomando leche.	1	2	3	4	5
2. Siempre me apaño bien con la lactancia igual que con otros retos de mi vida.	1	2	3	4	5
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial como complemento.	1	2	3	4	5
4. Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma.	1	2	3	4	5
5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí.	1	2	3	4	5
6. Siempre puedo dar de mamar incluso cuando el bebé está llorando.	1	2	3	4	5
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebe.	1	2	3	4	5
8. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí.	1	2	3	4	5
10. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo.	1	2	3	4	5
11. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebe con un pecho antes de cambiar a otro.	1	2	3	4	5
12. En cada toma, siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé.	1	2	3	4	5
13. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide.	1	2	3	4	5
14. Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar soy capaz de responder si lo ha hecho o no.	1	2	3	4	5
Puntuación Total:					

Anexo 7

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Título del estudio: "Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".

Investigadora principal: Sandra Rodríguez Villa. Matrona Área Partos. Hospital Universitario Puerta del Mar.
Email: sarovilla07@gmail.com

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Versión y fecha: Versión I – Marzo, 2021

INTRODUCCIÓN

Se le invita a participar en un estudio que ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cádiz.

Por favor, lea esta hoja informativa con atención. La investigadora principal, Sandra Rodríguez le aclarará las dudas que le puedan surgir.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede anular su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin que por ello se altere su relación con el médico ni se produzca perjuicio en su tratamiento o en la atención que usted pueda necesitar.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

- **Objetivo.** Se pretende, con este estudio conocer que factores influyen en que las madres decidan iniciar la lactancia materna, en el tiempo que la mantienen de forma exclusiva y que circunstancias las llevan a abandonarla.
- **Metodología.** El estudio se hará siguiendo métodos cuantitativos y con un diseño descriptivo, exploratorio y prospectivo.
- **Procedimiento.** Mientras aún permanece hospitalizada, tras dar a luz a su bebé y una vez haya leído, entendido y firmado el consentimiento informado, le pediremos que nos aporte una serie de datos sociodemográficos, de su parto y de lactancias previas. Posteriormente, tendrá que responder unas preguntas sobre lactancia materna en cuatro ocasiones: pasados dos días del alta hospitalaria, al mes, tercer y sexto mes de vida de su hijo. Una persona del equipo investigador contactará con usted vía telefónica. Para ello, necesitaremos nos facilite un número de teléfono. Cumplimentar el cuestionario no le llevará más de diez minutos.
- **Duración.** Su participación en el estudio se dará por iniciada una vez firmado el consentimiento informado. Tendrá una duración de seis meses tras esa fecha, salvo que abandone la lactancia materna exclusiva con anterioridad.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que usted no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio.

Su participación en el estudio no supone ningún tipo de riesgo para usted ni para su bebé.

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Título del estudio: "Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".

Investigadora principal: Sandra Rodríguez Villa. Matrona Área Partos. Hospital Universitario Puerta del Mar. Email: sarovilla07@gmail.com

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Versión y fecha: Versión I – Marzo, 2021

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no supondrá ningún gasto para usted.

CONFIDENCIALIDAD.

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantías de derechos digitales y al Reglamento General de Protección de Datos. De acuerdo con lo establecido en estas normas, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación de tratamiento, derecho al olvido y de portabilidad, para lo cual deberá dirigirse al investigador responsable del estudio, Sandra Rodríguez Villa (sarovilla07@gmail.com; 661702438).

Si se publican los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados y su identidad permanecerá anónima.

FINANCIACIÓN

Este estudio no dispone de ninguna fuente de financiación.

RETIRADA DEL CONSENTIMIENTO

Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Si usted no desea participar más en el estudio y usted lo quiere así, todas sus muestras identificables serán destruidas para evitar la realización de un nuevo análisis.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno.

Antes de firmar, lea detenidamente el documento, haga todas las preguntas que considere oportunas, y si lo desea, consúltelo con todas las personas que considere necesario. En caso de duda debe dirigirse a Sandra Rodríguez Villa (sarovilla07@gmail.com; 661702438)

Firma participante

Firma investigador

Cádiz, ____ de _____ 2021

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Título del estudio: "Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".

Investigadora principal: Sandra Rodríguez Villa. Matrona Área Partos. Hospital Universitario Puerta del Mar.
Email: sarovilla07@gmail.com

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Versión y fecha: Versión I – Marzo, 2021

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Yo (nombre y apellidos) _____
He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado con:

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1o Cuando quiera
 - 2o Sin tener que dar explicaciones.
 - 3o Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma participante

Firma investigador

Cádiz, ____ de _____ 2021

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo (nombre y apellidos) _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para la participación en el estudio.

Firma participante

Cádiz, ____ de _____ 2021

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Título del estudio: "Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".

Investigadora principal: Sandra Rodríguez Villa. Matrona Área Partos. Hospital Universitario Puerta del Mar. Email: sarovilla07@gmail.com

Centro: Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Versión y fecha: Versión I – Marzo, 2021

CONSENTIMIENTO ORAL ANTE TESTIGOS

Yo (nombre y apellidos) _____ declaro bajo mi responsabilidad que _____ (nombre del participante en el estudio)

Ha recibido la hoja de información sobre el estudio. Ha podido hacer preguntas sobre el estudio. Ha recibido suficiente información sobre el estudio.

Ha sido informado por:

(nombre del investigador)

Comprende que su participación es voluntaria. Comprende que puede retirarse del estudio:

1o Cuando quiera

2o Sin tener que dar explicaciones.

3o Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

Y ha expresado libremente su conformidad para participar en el estudio.

Firma participante

Firma investigador

Cádiz, ____ de _____ 2021

<p style="text-align: center;"><u>Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación</u></p> <p><u>Título del estudio:</u> "Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz".</p> <p><u>Investigadora principal:</u> Sandra Rodríguez Villa. Matrona Área Partos. Hospital Universitario Puerta del Mar. Email: sarovilla07@gmail.com</p> <p><u>Centro:</u> Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.</p> <p><u>Versión y fecha:</u> Versión I – Marzo, 2021</p>
--

CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE

Yo (nombre y apellidos) _____ en calidad de
_____ (relación con el participante) de
_____ (nombre del participante en el estudio)

He leído y comprendido la hoja de información sobre el estudio. He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas

He recibido suficiente información sobre el estudio. He hablado con:
_____ (nombre del investigador)

Comprendo que la participación es voluntaria. Comprendo que puede retirarse del estudio:

- 1o Cuando quiera
- 2o Sin tener que dar explicaciones.
- 3o Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

En mi presencia se ha dado a _____ (nombre del participante en el estudio) toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar.

Y presto mi conformidad con que _____ (nombre del participante en el estudio) participe en este estudio.

Firma representante

Firma investigador

Cádiz, ____ de _____ 2021

Rodríguez Villa S. Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en un hospital de Cádiz

Anexo 8 – Variables de Estudio

	VARIABLE	TIPO	NATURALEZA
SOCIODEMOGRÁFICOS	EDAD	INDEPENDIENTE	CUANTITATIVA DISCRETA
	NACIONALIDAD	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA NOMINAL
	ESTADO CIVIL	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA ORDINAL
	NIVEL ESTUDIOS	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA ORDINAL
	OCUPACIÓN	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA NOMINAL
	HÁBITO TABÁQUICO	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA DICOTÓMICA
ANTECEDENTES	EXPERIENCIA PREVIA CON LA LACTANCIA	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA DICOTÓMICA
OBSTÉTRICAS, DEL RECIÉN NACIDO Y DE SU ALIMENTACIÓN	TIPO PARTO	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA NOMINAL
	TIPO ANALGESIA	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA NOMINAL
	EDAD GESTACIONAL	INDEPENDIENTE	CUANTITATIVA DISCRETA
	SEXO RECIÉN NACIDO	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA DICOTÓMICA
	PESO RECIÉN NACIDO	INDEPENDIENTE	CUANTITATIVA DISCRETA
	CONTACTO PIEL-PIEL	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA DICOTÓMICA
	INICIO PRECOZ LACTANCIA MATERNA	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA DICOTÓMICA
	INFORMACIÓN RECIBIDA LACTANCIA MATERNA DURANTE EMBARAZO	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA DICOTÓMICA
	PROCEDENCIA DE LA INFORMACIÓN	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA NOMINAL
	CONTACTO CON GRUPOS DE APOYO	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA DICOTÓMICA
	EXPECTATIVAS PREVIA LACTANCIA MATERNA	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA NOMINAL
	TIPO LACTANCIA ALTA/MES/TERCER/SEXTO MES	DEPENDIENTE	CUALITATIVA NOMINAL
	CAUSA SUPLEMENTACIÓN EN CASO DE HABERLA	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA NOMINAL
	AYUDA PROFESIONAL RECIBIDA	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA DICOTÓMICA
	PROCEDENCIA DE LA AYUDA	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA DICOTÓMICA
	PERCEPCIÓN APOYO FAMILIAR/SOCIAL	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA NOMINAL
PUNTUACIÓN BSES-SF ALTA/MES/TERCER/SEXTO MES	INDEPENDIENTE	CUALITATIVA DICOTÓMICA	
		INDEPENDIENTE/DEPENDIENTE	CUANTITATIVA DISCRETA

Anexo 9



D.ª MÓNICA SALDAÑA VALDERAS, COMO SECRETARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CÁDIZ,

HACE CONSTAR

Que de acuerdo con lo previsto en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, este CEI ha revisado en su reunión de fecha 25 de marzo de 2021 el trabajo de fin de máster titulado **Factores determinantes en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz (nº de registro 36.21)**, presentado por D.ª Sandra Rodríguez Villa y tutelado por D. Francisco Javier Fernández Carrasco.

Versión de protocolo: 2 de 17 de marzo de 2021.

Versión de hoja de información al paciente y consentimiento informado: 2 de 17 de marzo de 2021.

Y considera que el citado proyecto es viable.

Que presenta suficiente rigor metodológico.

Que la evaluación de costes económicos es correcta.

Que con respecto a su vertiente ética el proyecto cumple los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el siguiente centro por el siguiente investigador, correspondiendo a la Dirección del centro implicado determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para realizar el estudio.

Centro	Investigador
Hospital Punta de Europa	D.ª Sandra Rodríguez Villa

Y para que así conste, firmo la presente en Cádiz, a seis de abril de 2021

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR
 Avenida Ana de Uja, 21 – 11009 Cádiz
 Teléfono 956 00 21 00 www.hupm.com

Anexo 10

DOCUMENTACIÓN NORMALIZADA PARA CEIS DE ANDALUCÍA - TFG/TFM

AUTORIZACIÓN Y CONFORMIDAD DEL CENTRO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO DE CAMPO (CENTRO SANITARIO U OTRO)

Centro donde se realiza el trabajo de campo:	Hospital Universitario Puerta del Mar
Investigador/a Principal/Tutor/a del Centro:	Juan Manuel Picardo García
Alumno/a:	Sandra Rodríguez Villa
Unidad de Gestión Clínica (UGC) /Servicio/Consulta Privada/ Instituto de investigación:	UGC Ginecología y Obstetricia

Para su participación en el Trabajo de Fin de Grado ó Fin de Máster:

Título del TFG/TFM	Factores determinantes en el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en las mujeres que dan a luz en un hospital de Cádiz.
Código del estudio*	TFM-FDLME-2021
Fechas previstas de inicio y fin del estudio	De Enero a Julio 2021

* El código del estudio lo puede crear el/la alumno/a o el/la tutor/a y debe ser el mismo código que se use cuando se incluya el proyecto en el Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (PEIBA). La estructura es: TFG-XXXX-2017 ó TFM-XXXX-2017. Ejemplo: en un TFG sobre educación sanitaria en diabetes, elegimos el código TFG-ESDI-2017.

SE HACE CONSTAR:

- Que la realización del TFG/TFM no interfiere en el funcionamiento del Servicio/UGC implicado ni de otros Servicios/UGCs no incluidos en este documento.
- Que tras evaluar los procedimientos necesarios para la realización del TFG/TFM se da la conformidad para su puesta en marcha en el Centro. **La realización de este TFG/TFM quedará condicionado al Informe favorable de un Comité de Ética de Investigación acreditado.**
- El estudio se realizará tal y como se ha planteado, respetando la normativa legal aplicable y siguiendo las normas éticas internacionales aceptadas.

Relacionar los recursos e instalaciones necesarias para el desarrollo del TFG/TFM):

(A cumplimentar por el/la alumno/a, con el visto bueno de el/la tutor/a, antes de presentar a la firma del responsable del centro del trabajo de campo)

Medios humanos: La investigadora principal y un equipo de colaboradoras del mismo Hospital Puerta del Mar.

Medios materiales: Material fungible, programas de análisis de datos, ordenador, infraestructura de los centros, biombos o separadores que proporcionen intimidad a las mujeres dentro de la habitación que tengan asignada en la planta de hospitalización de maternidad durante la realización de la recogida de datos, teléfono.

Fdo: D. /Da M.ª Sandra Rodríguez Villa Moya Molina
 Cargo: ALUMNA EL DIRECTOR MEDICO



Miguel A. Moya Molina

Versión de 17/02/2017