



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

De Las Heras Moreno, Javier; Lobato Miranda, Carmen Lucía; Delgado Begines, Estefanía; Reina Durán, María José; Rodríguez Rodríguez, Isabel María; Aranda García, Ana María. Lactancia e interculturalidad: estudio comparativo del éxito y la adherencia de la lactancia materna entre la población autóctona e inmigrante dentro de un mismo contexto deprimido. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0791.php>

**LACTANCIA E INTERCULTURALIDAD:
ESTUDIO COMPARATIVO DEL ÉXITO Y LA ADHERENCIA DE LA
LACTANCIA MATERNA ENTRE LA POBLACIÓN AUTÓCTONA E
INMIGRANTE DENTRO DE UN MISMO CONTEXTO DEPRIMIDO.**

Autores:

Javier De Las Heras Moreno¹, Carmen Lucía Lobato Miranda², Estefanía Delgado Begines³, María José Reina Durán⁴, Isabel María Rodríguez Rodríguez⁵, Ana María Aranda García⁶

1. Graduado en Enfermería. Enfermero Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
2. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
3. Residente de Enfermería Pediatría. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla (España).
4. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
5. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).
6. Graduada en Enfermería. Enfermera Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España).

Correo Electrónico: jdelaasherasmoreno@gmail.com

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: El conocimiento sobre las pautas a seguir en torno a la Lactancia Materna (LM) sigue siendo mejorable entre la población femenina española, más aun si cabe entre la extranjera residente en España. Diferentes estudios parecen demostrar una prevalencia más elevada entre las mujeres inmigrantes que las autóctonas, y con una duración más larga según el origen de procedencia, aunque este hecho se está viendo interrumpido cuando llegan al país de destino. El presente estudio surge de la percepción realizada sobre la adherencia y el éxito de la LM en una zona deprimida de la provincia de Sevilla, donde conviven conjuntamente dos poblaciones, una autóctona y otra inmigrante. Se nos plantea a raíz de la objetivación la siguiente línea de investigación: ¿Es la prevalencia de la LM más eficaz y prolongada en el tiempo (cubriendo el mínimo exigido de 6 meses según la OMS) entre la población inmigrante que en la autóctona?**OBJETIVOS:** Nos proponemos con este trabajo conocer: Cuál es la situación actual de la LM en un centro de salud de un barrio deprimido y con riesgo de exclusión social de la provincia de Sevilla, que presta servicio a una población autóctona e inmigrante; Cuáles son las tasas de prevalencia de LM entre una población y otra, y si hay diferencias en base al origen; y conocer qué factores son los que pueden actuar como factores predictores del abandono de la LM en unas y otras, si es que lo hay.**MÉTODO:** Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y longitudinal. Se realizará el seguimiento durante el periodo de estudio, a 120 madres del grupo de las autóctonas y a 120 madre del grupo de las inmigrantes pertenecientes al centro de salud Dra. Inmaculada Vieira (Las Letanías) en Sevilla. La selección de la muestra se realizará aleatoriamente siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.**REFLEXIONES FINALES:**Es importante considerar individualmente cada comunidad, cada familia y cada madre en particular, pues ninguna es igual a otra. Por tanto, el conocer a la población y el nivel de formación respecto al tema, facilita el poder abordar las dudas más prevalentes, desmitificar creencias, detectar si existe mala praxis y proporcionar planes de mejora en la educación preparto si esto fuera necesario.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna, maternidad, inmigrantes, mujeres extranjeras, autóctonas, prevalencia, eficacia, duración e iniciación.

LACTATION AND INTERCULTURALITY: COMPARATIVE STUDY OF THE SUCCESS AND ADHERENCE OF BREASTFEEDING AMONG NATIVE AND IMMIGRANT POPULATIONS WITHIN THE SAME DEPRESSED CONTEXT

ABSTRACT.

BACKGROUND: Knowledge about the guidelines to follow around the breastfeeding(LM) continues to be improved between the Spanish female population, even more if it is among the foreign residents in Spain. Different studies seem to show a higher prevalence among immigrants than native women, and with a longer duration according to the place of provenance, although this fact it is being interrupted when they arrive in the destination country. This study arises from the perception held on adherence and success of the LM in a depressed area of the province of Seville, where they live together two populations, one native and other immigrant. After observing the phenomenon in our context, we have proposed the following line of research: Is the prevalence of LM more effective and prolonged in time (covering the minimum requirement of six months according to WHO) among the immigrant population that native? **OBJETIVES:** We propose in this work to know: What is the current status of the LM in a health center in a deprived neighborhood and at risk of social exclusion of the province of Seville, which serves local and immigrant population, what are the rates LM prevalence between one population to another, and if there are differences based on origin, and to learn what factors are those that can act as predictors of abandonment of the LM in one and the other. **METHOD:** We have performed a observational, descriptive and longitudinal study. Monitoring will be performed during the study period, 120 mothers in the group of 120 native and mother of the group of immigrants belonging to the health center Dr. Inmaculada Vieira (Las Letanías) in Seville. The sample selection will be randomized following the inclusion and exclusion criteria.**CONCLUSIONS:** It is important to consider individually every community, every family and every mother in particular, as none are alike. Therefore, knowing to the population and the level of education respect to the subject, facilitates we can address the most prevalent questions, demystify beliefs, detect malpractice and provide plans for improvement about antepartum education if that were necessary.

KEY WORDS: Breastfeeding, maternity, immigrants, immigrant women, immigrant groups, native, prevalence, efficacy, duration and initiation.

Introducción

La evidencia científica acumulada en los últimos años avala la superioridad nutricional de la leche materna para la alimentación del recién nacido debido a su especificidad de nutrientes, gran biodisponibilidad, aporte de células vivas, enzimas digestivas, inmunomoduladores y factores de crecimiento¹.

La lactancia materna(LM) es por tanto, la opción más saludable para la alimentación de los lactantes y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la recomienda de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y con alimentos complementarios hasta los 2 años de edad o más. Sin embargo, lamentablemente, una pequeña parte de los neonatos a nivel mundial (35%) reciben lactancia materna exclusiva pasados los primeros tres meses de vida. Las intervenciones para reducir el abandono precoz de la LM se han definido como una prioridad de la salud pública en toda Europa².

Diversos estudios han identificado distintas variables asociadas a este abandono³:

- Variables sociodemográficas, como la edad materna, el nivel de estudios o el trabajo;
- Variables biomédicas, como la paridad, el peso del recién nacido y el tipo de parto,
- Variables psicosociales, como las actitudes hacia la LM, la experiencia previa en la LM y la confianza de la madre en su capacidad para amamantar.

La mayoría de estudios sobre factores que determinan la adherencia y el éxito de la LM se han llevado a cabo en contextos locales o nacionales y, por tanto, es posible que, pese a que muchos factores sean comunes en todo el mundo, la distribución de estos sea heterogénea y exija, por una parte, el desarrollo de estudios para hacer comparaciones internacionales y, por otro, el análisis local contemplando a las madres autóctonas e inmigrantes para conocer con exactitud los determinantes de la continuación de la LM.

Los condicionamientos sociales influyen de forma indudable en el tipo y la duración de la lactancia. Vivimos una sociedad cambiante en el tiempo, y con ella cambian las costumbres y los modos de vida. La población española está sufriendo en los últimos años un cambio social importante, con un gran movimiento de población inmigrante⁴.

El conocimiento sobre las pautas a seguir en torno a la LM sigue siendo mejorable entre la población femenina española, más aun si cabe entre la extranjera residente en España.No obstante, diferentes estudios parecen demostrar una prevalencia más elevada entre las mujeres inmigrantes que las autóctonas, y con una duración más larga según el origen de procedencia, aunque este hecho se está viendo interrumpido cuando llegan al país de destino⁵.

Tal como sostiene Campo, se hace necesario plantear estrategias que, partiendo de un cuidadoso respeto por las creencias, conocimientos y actitudes de las mujeres extranjeras, y teniendo como nexo común una información correcta y adecuada, les permita ejercer su derecho libre a elegir la forma de alimentar a su bebé, y respetar el derecho del niño a tener la mejor alimentación⁵.

Debe considerarse individualmente cada territorio, cada comunidad, cada familia y cada madre en particular, pues ninguna es igual a otra. Existen contradicciones y costumbres particulares en relación con la práctica de la lactancia. Por tanto, el conocer a la población y el nivel de formación respecto al tema, facilita el poder abordar las dudas más prevalentes, desmitificar creencias, detectar si existe mala praxis y proporcionar planes de mejora en la educación periparto si esto fuera necesario.

A pesar de encontrar numerosos estudios que comparan ambas poblaciones, autóctona e inmigrante, no se han hallado conclusiones que aporten datos relevantes en lo referente al éxito y la adherencia de la lactancia materna en ambas poblaciones que convivan en un mismo contexto y dentro de una misma zona poblacional.

El presente estudio surge de la percepción realizada sobre la adherencia y el éxito de la LM en una zona deprimida de la provincia de Sevilla, donde conviven conjuntamente dos poblaciones, una autóctona y otra inmigrante. Se nos plantea a raíz de la objetivación la siguiente línea de investigación: ¿Es la prevalencia de la LM más eficaz y prolongada en el tiempo (cubriendo el mínimo exigido de 6 meses según la OMS) entre la población inmigrante que en la autóctona?

Nos proponemos con este trabajo conocer cuál es la situación actual de la LM en un centro de salud de un barrio deprimido y con riesgo de exclusión social de la provincia de Sevilla que presta servicio a una población autóctona e inmigrante. Realizaremos un estudio comparativo entre ambas poblaciones con una diferencia sociocultural apreciable con el fin de extraer información acerca de cuáles son los factores que propician el éxito o el fracaso en unas y otras de la LM.

En este punto, es útil preguntarse si, las madres autóctonas e inmigrantes de nuestra área de salud tienen los conocimientos básicos y esenciales para llevar a cabo una lactancia exitosa.

Son muchos los estudios publicados que confrontan ambas poblaciones pero con la particularidad de que estos estudios son sesgados, es decir, no se han hallado estudios en la bibliografía documentada sobre qué factores desencadenan el abandono de la LM entre población inmigrante y autóctona conviviendo estas en un mismo entorno, aún más si cabe, si este entorno es desfavorable, deprimido y donde el riesgo de exclusión social hace mella entre la población.

En resumen, se trataría con este estudio dar respuesta a los siguientes problemas de investigación que desconocemos:

- Cuál es el nivel de conocimiento sobre LM en general entre la población autóctona e inmigrante dentro del área de salud del Polígono Sur.
- Cuáles son las tasas de prevalencia de LM (que incluye lactancia materna exclusiva, predominante y parcial) entre una población y otra y si hay diferencias entre unas y otras en base al origen.
- Y, qué factores son los que pueden actuar como factores predictores del abandono de la LM en unas y otras, si es que lo hay.

A partir de los resultados obtenidos, podremos adecuar el plan educativo del centro de salud al verdadero problema que puede estar motivando una baja tasa de LM en estas poblaciones.

Marco teórico

Se ha realizado una estrategia de búsqueda bibliográfica entre enero y marzo de 2013, encaminada a dar respuesta a las preguntas de investigación anteriormente citadas con la utilización de los descriptores en ciencias de la salud (DeCS): lactancia materna, maternidad, inmigrantes, mujeres extranjeras, autóctonas, prevalencia, eficacia, duración e iniciación; y los Medical Subject Headings (MeSH): Breastfeeding, maternity, immigrants, immigrantwomen, immigrantgroups, native, prevalence, efficacy, duration and initiation; realizándose la búsqueda en las bases de datos: Pubmed, Cuiden Plus, Scopus, Cinalh, EBN online, Enfispo y se completó con búsqueda referencial y búsqueda intuitiva en Google Académico (Tabla 1).

BASE DE DATOS CONSULTADAS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA
Pubmed	Breastfeeding and Immigrant women or immigrant Breastfeeding and native women and efficacy or prevalence Maternity and immigrant groups or native women
Cuiden Plus	Lactancia materna and duración or prevalencia or eficacia Lactancia and inmigrante
Scopus	Breastfeed or Breastfeeding and immigrants or native women Breastfeed or breastfeeding and initiation or duration or prevalence
Cinalh	Breastfeed or Breastfeeding and immigrants or native women Breastfeed or breastfeeding and initiation or duration or prevalence
EBN Online	Lactancia and maternidad Lactancia or maternidad and inmigrante
Enfispo	Mujeres extranjeras and lactancia Maternidad and inmigrantes Lactancia or maternidad and duración or prevalencia or eficacia
Google Académico	Lactancia materna inmigrantes prevalencia Lactancia materna mujeres autóctonas inmigrantes Lactancia duración inmigrante

Tabla 1: Bases de datos consultadas, términos DeCS/MeSH y Operadores Booleanos

De la totalidad de los resultados obtenidos, manejados mediante el sistema de manejo de referencia REFWORKS, se han seleccionado los que se citan en la bibliografía, a partir de los cuales, se ha construido el siguiente marco teórico.

Definiciones y conceptos teóricos más importantes

Diferentes tipos de la Lactancia Materna según la OMS⁶:

- Lactancia materna exclusiva (LME): El lactante recibe solamente leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). No ingiere ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. Puede recibir, también, gotas o jarabes de vitaminas o medicinas.
- Lactancia materna predominante (LMPre): El lactante recibe leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer) como principal fuente de alimento. Puede recibir agua, infusiones, zumos de fruta, sales de rehidratación oral, líquidos rituales y gotas o jarabes de vitaminas o medicinas. No recibe leche artificial ni ningún otro tipo de alimento.
- Lactancia materna completa (LMC): Incluye la lactancia materna exclusiva y la predominante.
- Lactancia materna parcial (LMP): El lactante recibe leche artificial y otros alimentos además de la leche materna.
- Lactancia materna (LM): Incluye la lactancia materna completa y la lactancia materna parcial.
- Lactancia artificial (LA): El lactante únicamente recibe sucedáneos de la leche materna (leche de fórmula: inicio, continuación o de crecimiento) y no es amamantado en absoluto.
- Lactancia de biberón: Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.

En la literatura científica es posible encontrar también otros términos⁶:

- Lactancia de múltiples: Lactancia por leche de madre a dos o más hijos de la misma edad.
- Lactancia diferida: Lactancia por leche materna extraída.
- Lactancia directa: Cuando el bebé se alimenta tomando la leche directamente del pecho.
- Lactancia en tándem: Lactancia por leche de la propia madre a dos o más hijos de distinta edad.

- Lactancia inducida: Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que haya mediado embarazo previo en la madre.
- Lactancia mercenaria: Lactancia por leche de una madre distinta a la propia a cambio de algún tipo de remuneración.
- Lactancia mixta: Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana + leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas.
- Lactancia solidaria: Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración.
- Relactancia: Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia.

Antecedentes y estado actual del conocimiento sobre el problema de investigación

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez es esencial para asegurar que los niños y niñas alcancen todo su potencial en cuanto al crecimiento, salud y desarrollo.

Las prácticas inadecuadas de alimentación constituyen uno de los obstáculos más graves a los que se enfrentan los niños y niñas. Conocer los momentos de mayor abandono precoz de la lactancia materna puede ser útil para comparar poblaciones y diseñar o evaluar, intervenciones dirigidas a grupos con mayores necesidades de ayuda profesional⁷.

Las mujeres extranjeras residentes en España tienen más arraigada la “Cultura del Amamantamiento” como herencia de sus países de origen, donde suele ser una pauta muy bien valorada, si bien las circunstancias sociales, laborales, económicas, de falta de apoyo familiar y social pueden estar influyendo en que vayan disminuyendo el tiempo y las tasas de lactancia con respecto a sus pautas de origen. Las mujeres extranjeras refieren que en el contexto de la inmigración se reduce el tiempo de lactancia con respecto al que tendrían en sus países de origen⁵.

Es importante pues, resaltar las intervenciones en el posparto inmediato, del apoyo a la madre que inicia el amamantamiento por parte del personal de enfermería, de las matronas y los obstetras. Todos estos profesionales pueden influir durante la gestación, en el mismo momento del parto y en las visitas puerperales; en la capacidad de decisión de las futuras madres⁴.

Los profesionales sanitarios (enfermeras y matronas) nos esforzamos por conseguir que la mayoría de las mujeres amamenten a sus hijos el mayor tiempo posible. Un elevado porcentaje de hospitales y centros sanitarios españoles aplican los 10 pasos para una lactancia feliz. Además, durante el control del embarazo y en las visitas puerperales se les explican las ventajas

de mantener una lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida y continuar con el amamantamiento junto con la alimentación complementaria hasta los dos años de vida, tal como recomiendan la OMS (1989), la Academia Americana de Pediatría y el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría⁴.

A pesar de lo anteriormente descrito, la prevalencia y duración de la LM en Europa están muy por debajo de lo que recomienda la OMS (lactancia materna exclusiva como mínimo 6 meses). A esto se le une que, la mayoría de países europeos no cumple las políticas y recomendaciones de la estrategia global para la nutrición del recién nacido que firmaran en la 55 Asamblea Mundial de la Salud en el año 2002¹.

El Comité Español de LM publicó una encuesta transversal de ámbito nacional para disponer de datos globales de prevalencia. Estableció la duración media de la LM completa en 3,20 meses (IC del 95%). La Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo arrojó resultados similares. La revisión de estudios en medios rurales muestra resultados parecidos, con tasas de inicio elevadas (80-90%) y abandono importante a los tres primeros meses de vida⁸.

El 94% de madres prefieren la lactancia materna para sus hijos, pero la mayoría ya no les da el pecho cuando cumplen los seis meses de edad⁹. En España, la prevalencia de LM se sitúa en torno al 40% a los 4 meses¹. La situación en Andalucía se caracteriza por una alta intención de las mujeres para amamantar a sus bebés pero con un abandono temprano, con duraciones medias de LM exclusiva muy inferiores a la recomendada por la OMS (solo el 26,5% al final del cuarto mes de vida y el 13,5% al sexto mes recibían LM exclusiva)^{2,10}. En el Hospital de Valme de Sevilla se estableció el porcentaje de LM al inicio en un 75-83,9%, y la prevalencia de lactancia complementada o mixta en 93,1% al alta, 79,3% al mes, 55,5% a los 3 meses y 30,1% a los seis meses⁸.

A pesar de todo ello, la incidencia y duración de la LM en nuestro país está muy por debajo de las recomendaciones dictadas por organismos internacionales. La OMS y UNICEF recomiendan la recogida periódica de datos sobre LM que permitan conocer su evolución y la efectividad de las iniciativas en marcha para su promoción⁴.

En los últimos años hay una tendencia entre la población femenina española de ofrecer LM al nacimiento; sin embargo, no tiene continuidad, ya que la tasa de abandonos sigue siendo elevada. Según el estudio realizado en la Red Centinela de la Comunidad Valenciana, cada mes dejaban la lactancia materna entre un 12-17% de las mujeres que la habían iniciado⁴.

La media de introducción de la lactancia mixta es a los 3,5 meses; este factor puede estar condicionado por la reincorporación de la madre al trabajo fuera de casa y porque la mayoría de madres preparan las papillas de cereales (que se suelen introducir entre los 4 y 6 meses de vida) con leche adaptada en lugar de leche materna¹.

Un estudio reciente analizó la asociación entre el origen geográfico de las mujeres y el establecimiento de la lactancia materna en los hospitales españoles. La prevalencia de iniciación de la lactancia materna fue mayor en las mujeres de América Latina, Europa del Este, Magreb y el África subsahariana que en las mujeres españolas y las mujeres chinas. En comparación con las mujeres españolas, las probabilidades de no amamantar en el hospital fueron menores en todos estos grupos de inmigrantes, pero cinco veces mayor para las mujeres inmigrantes chinas¹¹.

Han sido múltiples los intentos para aumentar la prevalencia de la lactancia materna fomentando el contacto piel con piel a nivel hospitalario. Los datos que se han observado en la bibliografía consultada nos indican que, las madres que establecen contacto piel a piel en el postparto inmediato presentan mayores probabilidades de lactar².

En una revisión de la Cochrane se observó una mayor prevalencia de la lactancia materna desde el inicio a los 3 meses cuando el contacto piel con piel se realizó en los primeros 30 minutos de vida (8 estudios y 329 participantes). En otros estudios se ha valorado el alojamiento conjunto de la madre y su hijo (roomining) frente al separado sin tener en cuenta el tipo de contacto, y se ha llegado a conclusiones opuestas.

Como ventajas de la puesta precoz, se señalan las siguientes⁸:

- Favorece la contractilidad uterina y un menor sangrado.
- El fuerte reflejo de succión del recién nacido tras el parto provoca un agarre correcto, originando una sensación de seguridad en la madre.
- La subida de la leche es más precoz.
- Estimula el vínculo afectivo.

Como inconveniente, se ha descrito una hipotética pérdida de calor del recién nacido, aunque diferentes estudios demuestran que si el contacto es piel con piel esta pérdida de calor no se produce.

Conscientes de las ventajas de la leche humana y siguiendo la estela de los países nórdicos y Brasil, el Hospital 12 de Octubre, de Madrid, abrió en 2007 su Banco de Leche Humana (hay siete en España). Según Nadia García, coordinadora de éste y adjunta de Neonatología, "de la leche donada se benefician los recién nacidos prematuros y los operados por malformaciones congénitas cardíacas y abdominales y los que han sufrido asfixia perinatal". En 2011, 318 niños recibieron leche donada en el 12 de Octubre⁹.

Los factores sociales constituyen y condicionan en la decisión del tipo de lactancia. Por ejemplo, el trabajo materno según el tipo de contrato laboral y el sector, público o privado, favorece o interrumpe el proceso de amamantamiento. Aquellas mujeres cuya situación laboral es muy inestable y precaria o que no

pueden ejercer su derecho legal a la baja maternal deciden con menor frecuencia la LM⁴.

Un estudio realizado en el servicio de pediatría del Hospital General Universitario de Elche y galardonado con el I premio a la mejor Comunicación Pediátrica otorgado por la Asociación Española de Pediatría manifestaba que, las mujeres con mayor nivel de ingresos familiares, planearon la duración deseada de la lactancia, además de gozar de una situación social y personal más estable y hábitos de vida saludable. Por el contrario, aquellas con menor nivel de ingresos ofrecían menos lactancia materna a los cinco meses del parto, tenían una situación social más inestable, peor acceso a la información y recursos y hábitos de vida menos saludable^{1-2,12}.

Se observó que las mujeres con mayor nivel de ingresos familiares tuvieron menor satisfacción con el apoyo profesional posparto¹².

El estudio comparativo de la lactancia materna realizado entre dos zonas básicas de salud de la Comunidad Valenciana arrojó datos similares: Las madres de nivel socioeconómico menor, y con menores garantías en cuanto a su situación laboral, se ven forzadas a limitar el tiempo de amamantamiento de sus hijos. Cuanto mayor es el estatus socioeconómico, más se mantiene la lactancia⁴.

Las mujeres inmigrantes tuvieron mayores tasas de iniciación y duración de la lactancia que las mujeres nativas. La aculturación fue asociada con tasas de lactancia materna más bajas tanto entre mujeres autóctonas como en mujeres inmigrantes¹³.

Una reciente revisión sistemática ha demostrado que la leche materna, administrada de forma exclusiva, es el alimento ideal para el bebé durante los seis primeros meses y después, conjuntamente con otros alimentos de calidad, hasta los dos años o hasta que la madre y el hijo quieran, ya que favorece el proceso de crecimiento y el desarrollo inmunológico del lactante¹⁴. Aporta protección inmunológica, previene complicaciones digestivas, ha mostrado efectos protectores contra *Helicobacter Piloni* y frente a la enfermedad celíaca. Asimismo, parece mejorar el desarrollo cognitivo¹⁵ (se observó una diferencia de dos puntos en la subescala BAS de vocabulario entre aquéllos recién nacidos que fueron amamantados durante al menos 12 meses y aquéllos que nunca fueron amamantados), previene la obesidad infantil, el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, procesos neoplásicos, alergias, asma y diabetes tipo I y II^{9-10,16}.

Todavía no conocemos todas las ventajas del amamantamiento en el primer año de vida, pero se ha demostrado un menor número de infecciones a lo largo de este período que favorece el desarrollo del niño, y evita además los perjuicios físicos, psíquicos y económicos derivados de las enfermedades prevenidas⁴.

La lactancia materna también es beneficiosa a corto y largo plazo para la salud física de la madre. El amamantamiento favorece la contracción del útero, disminuyendo el sangrado tras el parto y facilitando que éste recupere su tamaño y tono anteriores. La disminución del sangrado post-parto, junto con la inhibición de la ovulación que la lactancia trae aparejada, contribuye a la recuperación de la anemia del embarazo.

Con respecto a la influencia en la salud de la madre, los efectos a largo plazo, existe una relación inversa entre la lactancia materna y el riesgo de padecer cáncer de mama, cáncer de ovario y fracturas de cadera^{2,10,17}.

Es obvio que el papel de la enfermería así como el de otros profesionales sanitarios es primordial para el mantenimiento de la lactancia materna. Es necesario crear una red de apoyo nacional de la lactancia formadas por enfermeras, matronas y personal médico que promuevan y den respuestas a los factores que desencadenan el abandono de la lactancia materna entre la población femenina autóctona e inmigrante de España (Tabla 2).

¿Por qué las madres españolas dejan de dar de mamar?⁹
1. Disminución de la leche materna.
2. El niño o niña no quiere más leche materna.
3. La lactancia materna requiere mucho tiempo.
4. La lactancia materna llega a ser dolorosa.
5. Falta de información a las madres sobre la lactancia.
6. La madre no se ha beneficiado de la lactancia materna recibida.
7. La vuelta al trabajo de la madre.

Tabla 2: Principales motivos del abandono de la LM entre las madres españolas.

Según los profesionales sanitarios encuestados en el estudio mundial sobre la lactancia materna realizado en 2012, los tres principales motivos por el que las madres dejaban de dar el pecho fueron⁹:

- La vuelta al trabajo, siendo este el principal motivo. En una escala de 0 a 5 esta razón alcanzó una puntuación de importancia media de 3,5.
- El segundo motivo fue la disminución de la cantidad de leche materna, con puntuación de 3,1.
- El tercero, la falta de información a las madres sobre la lactancia, con 2,9.

Para Estévez González y Delgado Becerra, entre otros, los motivos por los que la madre abandona la lactancia materna son, en primer lugar, la falta de producción suficiente de leche, seguido del rechazo del niño a la lactancia materna, en tercer lugar por enfermedad del niño, el cuarto lugar lo comparte la

creencia de la madre a que el pequeño se queda con hambre y diferentes alteraciones de las mamas de las mujeres². Las dificultades y la sensación de incomodidad a la hora de amamantaren público fueron otros de los temas predominantes¹⁸.

El tener un embarazo con un curso normal sin ninguna alteración, ser un embarazo deseado, el haber realizado educación maternal tampoco parece tener relación significativa con la duración de la lactancia materna, como se indica en la revisión de Scott y Binns².

En una muestra de mujeres ecuatorianas residentes en Lorca (Murcia) que habían dado pecho en su país en un 95% de los casos durante al menos seis meses, comunican que en España el 80% abandonaron durante el primer mes, el 15% o menos llegaron a los 4 meses y ninguna superó los 6 meses⁵.

Otro estudio relevante fue el llevado a cabo en Elda (Alicante), donde se analizó el 76% de los nacimientos. Se llegaron a las siguientes conclusiones para determinar cuáles fueron los momentos más críticos para el momento del abandono de la lactancia materna: Desarrollar actuaciones profesionales de apoyo a la lactancia para las 2 primeras semanas posparto y el final de la prestación por maternidad, momentos de mayor densidad de incidencia de abandono⁷.

Entre la población inmigrante, la pérdida de LM se produce principalmente al cuarto mes de vida del lactante. Creemos que obedece a la introducción de alimentación complementaria, que estas poblaciones realizan de forma precoz, y que se asocia al abandono de la LM a consecuencia de una menor demanda por parte del lactante⁴.

Entre el colectivo magrebí, de un total de 22 madres 18 de ellas abandonaron la lactancia por razones personales, dos por razones físicas y ninguna por incorporación al trabajo¹⁹. En la revisión sistemática de 195 estudios, se extrajo que, en el 50% de los casos, el uso del chupete y el biberón fue el factor negativo que más afectó a la duración de la lactancia materna exclusiva²⁰.

Comparada con la visita puerperal en el centro de salud, la visita domiciliaria se asoció a un mayor grado de satisfacción y adquisición de conocimientos de la madre; los resultados clínicos de ambos grupos fueron comparables, excepto en el abandono precoz de la lactancia maternainferior en el grupo que recibió la visita puerperal domiciliaria (6 veces inferior respecto al grupo con visita puerperal en el centro de salud). El grupo de la visita puerperal domiciliaria refirió un mayor grado de información sobre sexualidad y anticoncepción en el puerperio. No se constataron diferencias en el uso de recursos sanitarios ni en otras variables clínicas²¹.

Las mujeres inmigrantes que residen en nuestro país se encuentran a diario con numerosas contradicciones y conflictos en la práctica de la lactancia. En primer lugar, la limitación del lenguaje reprime a estas mujeres a no tener posibilidades de ser partícipe de la formación preparto y postparto impartida en los centros de salud, teniendo más posibilidades de dejar la lactancia materna que las madres autóctonas. Estas mujeres informaron además de padecer un

enfrentamiento entre sus prácticas y creencias individuales y las prácticas dominantes en el nuevo país. También manifestaron tensión con los miembros de la familia (sobre todo con la figura de la abuela) tanto del país de origen como del nuevo país. Estas tensiones en su experiencia con la lactancia nos hacen pensar que requieran de apoyo de los profesionales de enfermería y matronas que puedan abordar con sensibilidad sus necesidades individuales. Se han llevado a cabo de manera exitosas estrategias para involucrar a las abuelas en la formación sobre lactancia dentro del área de salud de los centros de salud, ofreciendo un nuevo enfoque para apoyar la lactancia materna²².

Al tratarse de un fenómeno biocultural, la lactancia materna está impregnada de todo tipo de mitos e incluso supersticiones, por lo que es preciso considerar las distintas procedencias geográficas y los diferentes contextos socioculturales como lengua, religión, estructura familiar, tradiciones y costumbres⁵.

Entre las mujeres magrebíes residentes en España se han recogido opiniones favorables hacia la lactancia tradicional opinando que no debería de durar menos de dos años tal y como dice su religión. De hecho, la religión musulmana establece y recomienda la lactancia materna al menos durante dos años completos. Durante estos meses que se está amamantando al niño se establece un tabú sexual donde las mujeres no pueden mantener relaciones coitales con los maridos. Se piensa que a través del semen se contamina la leche de la madre y a partir de la contaminación de la leche materna los niños enferman⁵.

El Corán exime de realizar el Ramadán a la mujer durante el periodo de lactancia, pudiendo recuperarlo si así lo quisiera “por el mismo número de días” (Corán Sura de la Vaca Versículo 184), por lo que habría que tener en cuenta la forma de cubrir las necesidades de hidratación de las mujeres lactantes que deciden realizarlo, así como la cierta reticencia al destete si fuera indispensable⁵.

También opinan que la leche materna “es mejor, más sana, y da buena salud” mientras que “con el biberón el bebé enferma más”. También se considera que cuando se está embarazada no se debe dar el pecho a un hijo porque la leche es “maligna”⁵.

Por otra parte mujeres procedentes de Rumanía han indicado que la lactancia materna y la artificial son buenas las dos, no existiendo prejuicios al respecto⁵.

En cuanto a las mujeres ecuatorianas han referido que es preferible siempre la Lactancia Materna ya que previene infecciones, siendo “el biberón la última alternativa” “una ayuda para la mujer trabajadora”⁵.

Son muchos los estudios en los que se pretende valorar la intervención educativa en madres y evalúan los conocimientos mediante encuestas previas a la intervención y post-intervención. Se observó en un estudio en Camagüey (Cuba) que antes de la intervención educativa la valoración de “muy bien” y “bien” la alcanzaba un 21,81% de las mujeres y tras la intervención se llegaba a un 90.9%.⁶ El estudio realizado en Pinar del río (Cuba) valoró pre-intervención

con un nivel bajo de conocimientos al 67.4% de la muestra pasando a ser 0% tras la intervención²³.

A pesar de todo lo que se ha investigado sobre la lactancia materna, si nos referimos a un área específica, deprimida y con dos poblaciones claramente diferenciadas, actualmente carecemos de datos de cómo se puede estar comportando la lactancia materna en una y otra población; además el presente estudio permitiría averiguar, si los hay, quéfactor o factores pudiesen estar influyendo sobre ella.

Bibliografía

1. RAVENTÓS CANET A, Y COLS. Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de Salud Sant Feliu-2 (Barcelona). Revista Pediatría Atención Primaria. 2006;8:409-20.
2. MARTÍNEZ GALIANO JM. Factores asociados al abandono de la lactancia materna. Metas de Enferm jul/ago 2010; 13(6): 61-67.
3. LLOPIS-RABOUT-COUDRAY M, LÓPEZ-OSUNA C, DURÁ-RAYO M, RICHART-MARTÍNEZ M, OLIVER-ROIG A. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. Matronas Prof. 2011; 12(1): 3-8.
4. BORJA PASTOR MC, Y COLS. Estudio comparativo de la lactancia materna entre dos zonas básicas de salud de la Comunidad Valenciana. Revista Pediatría Atención Primaria. 2006;8:421-33
5. POZO CANO, M. D., MARTÍNEZ GARCÍA, E., GONZÁLEZ JIMÉNEZ, E. Y NAVARRO JIMÉNEZ, M. C. (2011). Prevalencia y creencias sobre lactancia materna entre mujeres extranjeras residentes en España. En F. J. García Castaño y N. Kressova. (Coords.). Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía (pp. 1517-1520). Granada: Instituto de Migraciones. ISBN: 978-84-921390-3-3.
6. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC. Geneva: WHO, 2007.
7. OLIVER-ROIG A, CHULVI-ALABORT V, LÓPEZ-VALERO F, LOZANO-DURA MS, SEVA-SOLER C, PÉREZ-HOYOS S. Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses. Enferm Clin. 2008;18(6):317-20.
8. ARNEDILLO-SÁNCHEZ S, ROMERO-MARTÍNEZ J, BARBERÁ-RUBINI N, RUIZ-FERRÓN MC. Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el Área Sanitaria del Hospital de Valme. Matronas Profesión 2006; 7 (2): 14-21
9. ANA CM. Iniciar y mantener la lactancia materna, objetivos para 2015. Correo Farmaceutico 2012 Dec 10:19.
10. MEDINA LÓPEZ R ET AL. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la adherencia prolongada. Metas de Enfermoct 2011; 14(8): 16-22.
11. RÍO I, CASTELLÓ-PASTOR A, SANDÍN-VÁZQUEZ M, BARONA C, JANÉ M, MÁS R, REBAGLIATO M, BOLÚMAR F. Breastfeeding initiation in immigrant and non-immigrant women in Spain. European Journal of Clinical Nutrition (2011) 65, 1345–1347.

12. MEZQUITA E. Las madres con bajos recursos abandonan más la lactancia. *Diario Médico* 2013 Apr 09:10.
13. TORRE GÁLVEZ, ISABEL DE LA; RAMOS RODRÍGUEZ, TRINIDAD; VELASCO AGULLÓ, CONCEPCIÓN; RECA BUENO, ISABEL. Estudio de prevalencia y causas de abandono de la lactancia materna de recién nacidos en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya. *Biblioteca Lascasas*, 2009; 5(4).
14. GOPAL K. SINGH, MICHAEL D. KOGAN AND DEBORAH L. DEE. Nativity/Immigrant Status, Race/Ethnicity, and Socioeconomic Determinants of Breastfeeding Initiation and Duration in the United States, 2003. *Pediatrics* 2007;119:38-46.
15. LEWALLEN LP. Breastfeeding is important for cognitive development in term and preterm infants. *Evid Based Nurs.* 2012 Jul; 15(3):85-6.
16. SILVERS KM, FRAMPTON CM, WICKENS K, Y COLS. New Zealand Asthma and Allergy Cohort Study Group. Breastfeeding protects against current asthma up to 6 years of age. *EvidBasedNurs* 2013;16 (1):17-18.
17. ROJAS CAMAYO, J. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. *An. Fac. med.*, ene./mar 2008, vol.69, no.1, p.22-28. ISSN 1025-5583.
18. MCFADDEN A. Many factors can determine whether a woman continues to breastfeed: knowing that breastfeeding is good for the baby is important to mothers but breastfeeding in public continues to be a negative experience for some. *Evid Based Nurs.* 2010 Jul; 13(3):93-4.
19. GONZÁLEZ, MARÍA PAZ; MUÑOZ, GEMMA; TUDELA, CAROLINA; RIBES, ANNA; REY, CRISTINA; PALMA, MARÍA ISABEL. Lactancia materna: Autóctonas versus inmigrantes. *RevParaninfo Digital*, 2007; 2.
20. OSORIO-CASTAÑO JH, BOTERO-ORTIZ BE. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. *InvestEducEnferm.* 2012;30(3): 390-397.
21. FURNIELES-PATERNA E, HOYUELOS-CÁMARA H, MONTIANO-RUIZ I, PEÑALVER-JULVE N, FITERA-LAMAS L. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof.* 2011; 12(3):65-73.
22. SCHMIED ET AL. Contradictions and conflict: A metaethnographic study of migrant women's experiences of breastfeeding in a new country. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012 12:163.
23. ESCOBEDO MESAS, ELISABET; GRANDE TRILLO, ANTONIO; PAZOS SEOANE, LAURA; LÓPEZ JIMÉNEZ, LIDIA; PAVÓN DE LA MAYA, MARÍA JOSÉ; CASADO GÓMEZ, CRISTINA. Valoración de los conocimientos sobre lactancia materna en madres primerizas de Sevilla. *Rev Paraninfo Digital*, 2012; 16

Preguntas de investigación

- I. ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres de una zona deprimida, tanto autóctonas como inmigrantes del área de salud del Polígono Sur, sobre LM?
- II. ¿Cuáles son las tasas de prevalencia de LM (que incluye lactancia materna exclusiva, predominante y parcial) entre una población y otra y, si hay diferencias en base al origen?
- III. ¿Qué factores son los que pueden actuar como factores predictores del abandono de la LM en unas y otras, si es que los hay?

Si se obtuviesen respuestas a estas tres preguntas, sería posible orientar los cuidados para estas poblaciones específicas hacia los problemas que realmente están conduciendo a una reducción de la lactancia materna.

Objetivos

- Objetivo general:
 - o Describir los factores sociales, laborales, económicos, afectivos y culturales que conllevan a la claudicación de la lactancia materna entre la población autóctona e inmigrante del centro de salud Dra. Inmaculada Vieira “Las Letanías”, perteneciente a la ZBS de Sevilla, durante los 12 primeros meses de vida del recién nacido.
- Objetivos específicos:
 - o Establecer el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las madres de esta área en función de donde provengan.
 - o Establecer las tasas de prevalencia de lactancia materna exclusiva, predominante y parcial entre una población y otra al primer mes, tercer mes, sexto mes y al año de vida del recién nacido, valorando las diferencias, si las hubiese, en base al origen de procedencia de las mujeres.
 - o Identificar factores predictores del abandono de la lactancia materna en función de que las mujeres sean autóctonas o no, dentro del área de estudio.

Material y método

Tipo y diseño general del estudio

El tipo de estudio es observacional, descriptivo y longitudinal.

Contextualización del estudio

El estudio se llevará a cabo en el centro de salud Dra. Inmaculada Vieira que presta servicio a más de 14.500 ciudadanos de la provincia de Sevilla, de los cuales el 25% es de procedencia inmigrante.

El centro de salud se encuentra enclavado en el distrito sur de la ciudad de Sevilla, en la Avenida de la Paz dando cobertura a tres zonas colindantes del Polígono Sur: Barriada de Las Letanías, Barriada Nuestra Señora de la Oliva y La paz (Imagen 1).

En 2.005 el centro sufre una remodelación e incorpora nuevos servicios como rehabilitación, cirugía menor y radiodiagnóstico. Además, cuenta con un área específica para atención materno-infantil y ha incrementado en cuatro el número de consultas.

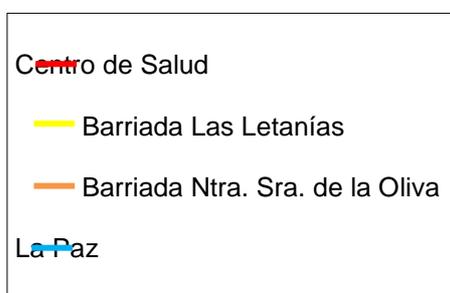


Imagen 1: Localización de la zona de actuación.

El centro de salud es un edificio de dos plantas, cuenta con 21 consultas, entre ellas; cuatro de pediatría, ubicadas en un área específica creada para la atención materno-infantil, con sala de lactancia propia y separada de la zona de atención a los adultos. A estos espacios se suman las consultas de embarazo y planificación, de cirugía menor, de tocología, asistida por un médico especialista los lunes, martes y miércoles, y una consulta específica de aerosolterapia, espirometrías y electrocardiografía.

Asimismo, hay cuatro unidades para pruebas diagnósticas, una sala de educación sanitaria, donde se imparte los talleres de lactancia entre otros, consulta para el trabajador social y la enfermera gestora de casos, una sala de

radiología, una zona de rehabilitación con consulta de electroterapia y gimnasio, que ha permitido la ampliación de la cartera de servicios del centro incorporando un fisioterapeuta al equipo de profesionales.

A ellas se suman las áreas comunes de recepción, administración, gestión y personal, y las salas de reuniones y biblioteca para los profesionales. Todos los espacios para el ciudadano cuentan con sus correspondientes salas de espera. El centro además está dotado con aseos de adultos, niños y discapacitados en las dos plantas.

La plantilla del centro de salud de Las Letanías está formada por 37 profesionales (diez médicos de familia, tres pediatras, diez enfermeras, una matrona, tres auxiliares de enfermería, nueve profesionales de atención al ciudadano y una fisioterapeuta).

La matrona pasa consulta los miércoles, jueves y viernes en horario de mañana de 9:00 a 14:00. Así mismo es la responsable del área de formación obstétrico-ginecológica con talleres muy demandados como son el de educación y preparación al parto y el de fomento de la lactancia materna.

Los profesionales del centro de salud de Las Letanías participan muy activamente con el Comisionado para el Polígono Sur en el desarrollo del Plan Integral de Salud de este barrio, dirigido por la Junta de Andalucía y el Ayuntamiento de Sevilla. Su objetivo es realizar un diagnóstico de las necesidades en materia de salud de la población y diseñar actuaciones que se ejecuten desde equipos multidisciplinares, con la participación conjunta de las administraciones implicadas.

Para entender el perfil de la población donde vamos a desarrollar el estudio y conocer qué factores pueden estar originando y causando los procesos de exclusión social, utilizaremos la siguiente tabla de La Fundación Encuentro (Tabla 3).

EXCLUSIÓN	SIN circunstancias intensificadoras	CON circunstancias intensificadoras		
		CONTEXTO FAMILIAR	EDAD	NO ACCESO A LA PROTECCIÓN SOCIAL
LABORAL		Familia con hijos, con los dos adultos en paro o precariedad	Jóvenes parados o en precario procedentes del fracaso escolar	Parados de larga duración sin cobertura
FORMATIVA	Población analfabeta o sin estudios primarios completados		Niños inmigrantes desescolarizados (niños de la calle)	

ÉTNICA Y DE CIUDADANÍA	- Inmigrantes ilegales - Refugiados y demandantes de asilo			
DE GÉNERO	- Mujeres inmigrantes. - Población gitana	- Mujeres sometidas a violencia doméstica - Madres solas (monoparentalidad), jóvenes y de rentas bajas - Personas (normalmente mujeres) ligadas al cuidado de dependientes		
SOCIO-SANITARIA	- Personas con minusvalía - Drogodependientes		Gente mayor dependiente y con pocos ingresos	
ESPACIAL Y HABITATIVA	Habitantes de barrios marginales y zonas rurales deprimidas			Colectivos sin techo
PENAL	Presos y expresos			
OTRAS		Niños en familias pobres y/o desestructuradas		

Tabla 3: Los perfiles de la exclusión social. Fuente: Fundación Encuentro.

Población y muestra

La población de estudio tiene como hospital de referencia el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Dicho hospital arrojó la cifra nada despreciable de 8.309 partos atendidos (partos vaginales y cesáreas) según la última memoria publicada en 2.011. De ese total, el 10% de partos corresponde a nuestra población de estudio, una tasa de natalidad bastante elevada si la comparamos con otras áreas colindantes como pudieran ser: Los Remedios, El Porvenir o el casco histórico de Sevilla.

Se va a realizar por tanto el seguimiento, durante el periodo de estudio, a 120 madres del grupo de las autóctonas y a 120 madres del grupo de las inmigrantes. La selección de la muestra se realizará aleatoriamente siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Madres que vayan a dar lactancia materna.
- Pertenecer al área de salud del estudio: Centro de salud Dra. Inmaculada Vieira.
- Madres primíparas y multíparas.
- Partos vaginales o por cesáreas.
- Aceptación voluntaria para tomar parte en el estudio (Consentimiento Informado).

Criterios de exclusión:

- Partos con recién nacidos pre-términos.
- Nacimientos con un test de APGAR a los 5 minutos < 6.
- Bebés con peso < 2.500 gr al nacer.
- Mujeres que no entiendan el idioma para responder a las preguntas.
- Mujeres que no acepten participar en el estudio.

Tamaño de la muestra:

Mediante el programa Epidat 3.1 se ha calculado el tamaño muestral para estimación de una proporción poblacional con un nivel de confianza del 95% y asumiendo un nivel de error del 5%, se obtiene como muestra 240 mujeres, teniendo en cuenta una pérdida del 20%. Dentro de la aleatoriedad de la muestra, se estima una inclusión del 25% de la muestra de partos por cesárea y un 75% de partos vaginales para que la muestra se adapte a la realidad de los partos de nuestro hospital de referencia y se enriquezcan las conclusiones del estudio.

La captación de las mujeres autóctonas e inmigrantes se realizará aprovechando las visitas a la consulta de la matrona previas al parto así como en las sucesivas durante el puerperio. El seguimiento de la lactancia materna se realizará a partir del primer mes a través de entrevistas telefónicas.

VARIABLES del estudio

Las variables de esta investigación se desarrollarán en tres etapas siguiendo a los tres objetivos específicos ya planteados anteriormente.

- Variables de la etapa 1:

Para llegar al objetivo “nivel de conocimiento sobre lactancia materna” se han tenido en cuenta las siguientes variables sociodemográficas y específicas. Con ellas se pretende categorizar la población objeto de estudio.

Se realizará en la primera toma de contacto con las madres.

VARIABLES	NATURALEZA	VALOR
Tipo de lactancia preseleccionada por la madre	Cualitativa	Policotómica: LM exclusiva-LM predominante-LM parcial-LM artificial-NS/NC
Origen de la madre	Cualitativa	Dicotómica: autóctona o inmigrante.
Edad de la madre.	Cuantitativa	Continua
Estado civil de la madre	Cualitativa	Policotómica: soltera-casada-divorciada-viuda
Nivel del estudio de la madre	Cualitativa	Policotómica: carece-básicos-medios-superiores.
Consumo de sustancias tóxicas	Cualitativa	Policotómica: no consume-fuma-bebe-fuma y bebe.
Trabajo fuera de casa	Cualitativa	Dicotómica: si-no

Tipo de vivienda	Cualitativa	Policotómica: propia-alquiler-vive con padres.
Apoyo familiar	Cualitativa	Dicotómica: si-no
Paridad	Cuantitativa	Discreta.
Periodo de lactancia materna de los anteriores hijos.	Cuantitativa	Continua.
Causas de abandono de hijos anteriores	Cualitativa	Policotómica: decisión propia-prescripción facultativa-éxito del hijo-presión social-ausencia de subida de leche.
Semanas de gestación	Cuantitativa	Discreta.
Tipo de parto actual	Cualitativa	Policotómica: eutócico no instrumentalizado-eutócico instrumentalizado-cesárea.
Parto gemelar	Cualitativa	Dicotómica: si-no
Sexo del recién nacido	Cualitativa	Dicotómica: hombre-mujer
Peso del recién nacido al nacer	Cuantitativa	Continua.
Ingreso del recién nacido	Cualitativa	Dicotómica: si-no
Puesta al pecho en la primera hora tras el parto.	Cualitativa	Dicotómica: si-no
Separación madre-hijo la primera hora tras el parto	Cualitativa	Dicotómica: si-no
Información sobre LM durante el embarazo	Cualitativa	Dicotómica: si-no
Protagonista de la información	Cualitativa	Policotómica: médico/a de familia-ginecólogo u obstetra-matrona o enfermero/a-familiares o amigos-otros.
Participación en programas preparación al parto y fomento de la LM.	Cualitativa	Dicotómica: si-no
Ventajas de la LM frente a la artificial	Cualitativa	Dicotómica: si-no
LM exclusiva previene la aparición de patologías en el recién nacido.	Cualitativa	Dicotómica: si-no
Conocimiento del tiempo de LM exclusiva.	Cualitativa	Dicotómica: lo sabe-no lo sabe.
El uso del chupete interfiere en la adherencia de la LM	Cualitativa	Dicotómica: si-no

o Variables de la etapa 2:

Para llegar al objetivo “tasas de prevalencia de la lactancia materna al primer mes, tercer mes, sexto mes y al año de vida del recién nacido” se han tenido en cuenta las siguientes variables del estudio:

Se realizará el seguimiento de la LM desde el nacimiento del niño hasta el abandono de la misma, durante al menos 1 año aprovechando las visitas a la matrona y a través de llamadas telefónicas (1, 3, 6 y 12 meses).

VARIABLES	NATURALEZA	VALOR
Tipo de lactancia	Cualitativa	Policotómica: LM exclusiva-LM predominante-LM parcial-LM artificial.
Tiempo de LM exclusiva	Cuantitativa	Continua.
Tiempo de LM predominante	Cuantitativa	Continua.
Tiempo de LM parcial	Cuantitativa	Continua.

- Variables de la etapa 3:

Estas variables se identificarán a través de las mismas llamadas telefónicas empleadas en la etapa anterior.

Por tanto, para llegar al objetivo “factores predictores del abandono de la lactancia materna” se han tenido en cuenta las siguientes variables del estudio:

VARIABLES	NATURALEZA	VALOR
Causas del abandono de la LM exclusiva	Cualitativa	Policotómica: decisión propia-prescripción facultativa-éxitus del hijo-presión social y/o familiar-ausencia de subida de leche.
Causas del abandono de la LM predominante	Cualitativa	Policotómica: decisión propia-prescripción facultativa-éxitus del hijo-presión social y/o familiar-ausencia de subida de leche.
Causas del abandono de la LM parcial.	Cualitativa	Policotómica: decisión propia-prescripción facultativa-éxitus del hijo-presión social y/o familiar-ausencia de subida de leche.
Interferencias en la LM	Cualitativa	Policotómica: Uso del biberón- uso de la pezonera- mastitis-otras

Análisis de los datos.

- Recogida de los datos:

Para la obtención de datos se utilizará, una encuesta única que se realizará a todas las madres ingresadas en la plantas de puerperio del H.U. “Virgen del Rocío”, que estén lactando, que pertenezcan a nuestra área de salud de estudio, y que hayan aceptado previamente colaborar en el estudio mediante la hoja de información para el paciente y el consentimiento informado.

En cuanto a la metodología a emplear en la recogida de datos de lactancia materna, la OMS recomienda la encuesta a hogares con niños menores de dos años. Asimismo, con el objeto de evitar los sesgos de memoria que podrían producirse en la recogida de datos retrospectivos, se recomienda referir las preguntas al día anterior al que se efectúa la encuesta (el período de recuerdo de 24 horas es el que se emplea habitualmente en las encuestas de consumo de alimentos, el cual ha demostrado su eficacia para la obtención de este tipo de información).

Por este hecho, la encuesta será realizada por uno de los investigadores del proyecto a las 24 horas del nacimiento. Posteriormente se realizarán llamadas telefónicas al domicilio del sujeto de estudio en las cuales se confirmará el tipo de lactancia que presenta en ese momento y las causas de modificación de ésta, si procede. Las llamadas telefónicas se llevarán a cabo a los 1, 3, 6 y 12 meses del nacimiento del niño para realizar el seguimiento del tipo de lactancia que recibe.

En todo momento se mantendrá actitud aséptica durante la recogida de los datos en un intento de evitar sesgos, siendo para ello necesario un adiestramiento previo y control de los investigadores encargados de la recogida de datos. Dado que las encuestas se dirigen a madres y que el tema de la investigación es eminentemente femenino, se considera conveniente que las entrevistas sean realizadas por mujeres. De esta manera, se pretende evitar que se produzcan rechazos debidos al pudor o incomodidad de la persona encuestada.

- Análisis descriptivo:

Se realizará una exploración de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos. Posteriormente se procederá a realizar el análisis descriptivo de la muestra.

Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes.

Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos. Asimismo, este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa/ cualitativa).

- Análisis inferencial:

Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en su caso la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Análogamente para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos de madres, se empleará el test chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas

pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% para diferencia de proporciones y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza.

Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar, y se cuantificará el cambio detectado (si existe) mediante un intervalo de confianza al 95%. El nivel de significación estadística se establecerá en $p < 0,05$.

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico IBM SPSS 20.0 para Windows.

- Limitaciones del estudio:

Es posible que aparezcan dificultades de seguimiento por las características particulares de la población. El problema que podemos encontrarnos es la falta de colaboración de parte de las madres a investigar ya que comprometería la recogida de datos cuantitativos. Las posibilidades de generalizar los resultados también estarían sujetas a las características situacionales y personales de los entrevistados así como del contexto territorial, es decir, la cultura y realidad asistencial que se da en el emplazamiento que se ha elegido a estudio.

Otra dificultad encontrada es el contacto telefónico ya que puede ser que no contesten, por esa razón se ha calculado una muestra con una precisión del +/- 5% y una pérdida del 20%.

Cronograma

El estudio tendrá una duración de tres años. El investigador principal estará coordinado en todo momento con los profesionales colaboradores del hospital de referencia (H.U. Virgen del Rocío) y del área de salud (C.S. Dra. Inmaculada Vieira). La investigación se desarrollará en 14 actividades:

- Cronograma año 1:
 - Actividad 1: Presentación del proyecto y del cronograma a todos los miembros grupo.
 - Actividad 2: Redefinir las variables y encuesta.
 - Actividad 3: Entrenamiento de los entrevistadores (investigador principal con el asesoramiento del responsable de investigación en enfermería del hospital).
 - Actividad 4: Pilotaje de la encuesta.
 - Actividad 5: Análisis del pilotaje.
 - Actividad 6: Explicación y puesta en común de la recogida de datos en tabla de tareas a los profesionales que van a llevarla a cabo.

- Actividad 7: Diseño de base de datos (Experto estadístico con la colaboración del investigador principal).
 - Actividad 8: Presentación del proyecto a los sujetos de estudio y solicitud de colaboración en él (Colaboradores). La muestra se captará durante las visitas a la consulta de la matrona previas al parto hasta obtener el número total de madres que iniciarán la LM en el momento del parto.
 - Actividad 9: Recogida de datos, hasta alcanzar la muestra, mediante entrevista personal (en el momento inmediato al parto) y entrevista telefónica al 1, 3, 6 y 12 meses (Colaboradores).
 - Actividad 10: Inclusión de datos (Investigador principal).
- Cronograma año 2:
- Actividad 8: Presentación del proyecto a los sujetos de estudio y solicitud de colaboración en él (Colaboradores). La muestra se captará durante las visitas a la consulta de la matrona previas al parto hasta obtener el número total de madres que iniciarán la LM en el momento del parto.
 - Actividad 9: Recogida de datos, hasta alcanzar la muestra, mediante entrevista personal (en el momento inmediato al parto) y entrevista telefónica al 1, 3, 6 y 12 meses (Colaboradores).
 - Actividad 10: Inclusión de datos (Investigador principal).
 - Actividad 11: Análisis estadístico de los datos (Experto estadístico con la colaboración del investigador principal). Se realizará en dos fases; la primera tras concluir la captación de la muestra total, y la segunda tras la finalización del proceso de seguimiento del total de la muestra.
- Cronograma año 3:
- Actividad 9: Recogida de datos, hasta alcanzar la muestra, mediante entrevista personal (en el momento inmediato al parto) y entrevista telefónica al 1, 3, 6 y 12 meses (Colaboradores).
 - Actividad 10: Inclusión de datos (Investigador principal).
 - Actividad 11: Análisis estadístico de los datos (Experto estadístico con la colaboración del investigador principal). Se realizará en dos fases; la primera tras concluir la captación de la muestra total, y la segunda tras la finalización del proceso de seguimiento del total de la muestra.

- Actividad 12: Elaboración del informe preliminar (investigador principal).
- Actividad 13: Difusión de los resultados, comunicaciones a congresos, preparación de manuscritos. (investigador principal y colaboradores).
- Actividad 14: Elaboración de la memoria del proyecto (investigador principal).

CRONOGRAMA AÑO 1	MESES											
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad 1												
Actividad 2												
Actividad 3												
Actividad 4												
Actividad 5												
Actividad 6												
Actividad 7												
Actividad 8												
Actividad 9												
Actividad 10												

CRONOGRAMA AÑO 2	MESES											
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad 8												
Actividad 9												
Actividad 10												
Actividad 11												

CRONOGRAMA AÑO 3	MESES											
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad 9												
Actividad 10												
Actividad 11												
Actividad 12												
Actividad 13												
Actividad 14												

Consideraciones éticas

Al ser una población vulnerable por sus condiciones particulares se garantizará en todo momento los tres principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki:

El proyecto se va a desarrollar siguiendo los principios Éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008):

- Beneficencia: evitando cualquier daño a los sujetos, previamente a la investigación se ha estudiado con detalle la razón costo/beneficio para los pacientes del estudio.
- Respeto a la dignidad humana: se respetará el derecho a participar libremente en el estudio, a conocer la naturaleza de la investigación y sus derechos.
- Principio de justicia: se respetará el derecho a un trato justo, a la privacidad mediante el anonimato y garantizaremos la confidencialidad de la información obtenida durante la investigación, ya que no se utilizará para cuestiones ajenas a la investigación y se tratará de acuerdo a la legislación vigente respaldada por la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal (Ley 15/1999, de 13 de diciembre). Los datos se almacenarán en una base de datos que cumpla con los criterios de privacidad establecidos por la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Previamente se ha incluido la solicitud de consentimiento informado que documenta la decisión de participar libremente después de haber recibido una explicación sobre la investigación; además cumple con las condiciones expuestas en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El presente proyecto ha sido presentado para su autorización al Comité Ético de la Universidad de Sevilla (US) y al Comité Ético del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre). Se manejarán cuadernos de recogida de datos en los que solo figurarán códigos identificativos que se corresponderán con los datos personales en otros registros custodiados. Igualmente los registros electrónicos tipo bases de datos se diseñarán desagregadas para evitar la identificación de los pacientes.

Reflexiones finales.

Los diferentes estudios e investigaciones realizados en los últimos tiempos han aportado abundantes evidencias de las múltiples dimensiones beneficiosas de la LM en la madre y en el niño.

Existen trabajos que constatan como factor muy favorecedor del inicio y el mantenimiento de una LM exitosa el convencimiento de la madre, desde antes del parto, del tipo de lactancia que quiere hacer¹. La edad materna, la paridad, el número de visitas prenatales, la presencia de alteraciones en el curso normal del embarazo, el número de hijos, el peso del recién nacido, el tipo de parto, así como el apgar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos, no tienen una asociación significativa con la duración de la lactancia materna exclusiva. La permanencia de la lactancia materna se asocia a una técnica de succión apropiada y la ausencia de problemas del pezón de la madre.

Factores como tener un parto pretérmino, el mayor tiempo transcurrido desde el parto hasta la primera puesta al pecho, el haber dado biberones en el hospital y el tiempo superior a dos horas entre el parto y la primera puesta al pecho, tienen una influencia negativa para el mantenimiento de la lactancia materna. Es por ello que, identificar a las madres con mayor riesgo de abandono prematuro de la lactancia puede ser útil para la provisión de recursos y el desarrollo de intervenciones de apoyo a las mujeres que amamantan.

La inmensa mayoría de las madres (95,9%) conocen el beneficio de la LM para el recién nacido; igualmente, la gran parte de ellas (96,2%) empiezan a dar LM en los primeros momentos y la totalidad está convencida de querer amamantar a su niño antes del parto y, aun así, más del 60% abandonan la lactancia materna exclusiva antes de los cuatro meses².

Un estudio becado por la Junta de Andalucía que valoraba las prácticas hospitalarias relacionadas con la LM en los hospitales públicos de Sevilla encontró que la incidencia de LM fue significativamente mayor en partos espontáneos, en madres a las que se les explicó cómo se da el pecho y cuando la enfermera estuvo presente en las primeras tomas. Otros estudios han aportado datos similares. Por el contrario, presentaron porcentajes inferiores de LM en el hospital los recién nacidos a los que se les separó de su madre, los que mamaron por primera vez después de 12 horas del nacimiento, los que tomaron algún biberón y los que utilizaban chupete⁸. Estos resultados deben hacernos pensar qué motivos llevan al personal de enfermería y matronas a no propiciar la succión del pezón dentro de las dos primeras horas. Los beneficios tal como se constatan en el presente documentos son mayores tanto para las madres como para el recién nacido.

Opciones para elevar y mantener la tasa de amamantamiento: "Crear una red de apoyo nacional formada por médicos, comadronas y escuelas para dar información a las madres sobre la lactancia; elaborar criterios y mensajes coherentes sobre los niveles de crecimiento ideales de los lactantes; fomentar, en el ámbito laboral, la instalación de neveras y salas donde las madres pudieran dar de mamar a sus hijos o utilizar sacaleches sin el riesgo de ser

molestadas; crear zonas de lactancia en lugares públicos y señalar donde están, y, por último, enseñar a los niños en las escuelas la importancia de la lactancia".

Para la coordinadora española, las tres prioridades para la hoja de ruta 2013-2015 son cristalinas. "Es preocupante que la mitad de los profesionales sanitarios de nuestro país todavía no perciban las bajas tasas de lactancia materna como un problema de salud pública. Por eso, la primera meta es alcanzar el cien por cien de concienciación en este sector. Es crucial trabajar en la mejora de su formación, unificar las guías de lactancia materna y lograr el desarrollo de una política nacional de apoyo, con un responsable en el Ministerio de Sanidad"⁹.

Son necesarios ofrecer desde Atención Primaria, servicios de salud culturalmente adecuados a las demandas de nuestra sociedad para mantener las tasas de lactancia materna en los grupos de inmigrantes. Por otra parte, parece urgente identificar los factores que influyen en los patrones de lactancia materna en las mujeres inmigrantes chinas y desarrollar estrategias innovadoras para fomentar la iniciación de la lactancia materna.

Más urgentes son acciones como el aumento de las tasas de inicio de lactancia materna y la reducción de los abandonos precoces. Entre las iniciativas que proponen destaca un punto curioso: la inclusión en el currículum escolar de la lactancia materna, puesto que muchas personas cuando llegan a la adolescencia ya han tomado la decisión sobre cómo alimentar a sus hijos cuando sean padres⁹.

Según una revisión Cochrane, la efectividad de las intervenciones de educación sanitaria en temas de lactancia materna deben evaluarse en los diversos países y contextos y aportar detalles completos acerca del contenido de la educación impartida, las personas a cargo de impartirla (profesionales o madres expertas en lactancia materna) y el entrenamiento y la experiencia de estas personas; por todo ello creemos que la formación en lactancia materna es esencial para conseguir una instauración y mantenimiento de la lactancia materna².

El seguimiento periódico de los datos sobre LM de diversos centros de salud es recomendable para saber con certeza en qué situación nos encontramos en cada momento. Podría ser de ayuda un programa informático diseñado para proporcionar los datos actualizados de la lactancia en el primer año de la vida de los niños.

También vemos la conveniencia en retrasar la introducción de la alimentación complementaria al sexto mes de vida para no interferir con el éxito de la LM⁴.

Con el fin de mejorar tanto el inicio como la duración de la LM en las madres de nuestra ZBS, desde nuestro ámbito de atención primaria deberíamos:

- Potenciar los programas de educación sobre LM durante el embarazo, implicando a todo los profesionales sanitarios del centro.

- Dar un mayor apoyo a las mujeres los primeros días del alta hospitalaria mediante visitas domiciliarias, en la primera visita al centro y un seguimiento telefónico desde el centro de salud.
- Potenciar el mantenimiento y la duración de la LM como mínimo hasta los 6 meses o más.

Es muy importante destacar la discontinuidad de promoción y apoyo de la lactancia materna que se realiza en atención primaria (AP) y atención especializada (AE). En AP se imparten clases dedicadas exclusivamente a LM dentro de la educación maternal, que se describen como favorecedoras para la lactancia. Sin embargo, en AE diferentes iniciativas no han obtenido los resultados deseados⁸.

Debe considerarse individualmente cada territorio, cada comunidad, cada familia y cada madre en particular, pues ninguna es igual a otra. Existen contradicciones y costumbres particulares en relación con la práctica de la lactancia. Por tanto, el conocer a la población y el nivel de formación respecto al tema, facilita el poder abordar las dudas más prevalentes, desmitificar creencias, detectar si existe mala praxis y proporcionar planes de mejora en la educación preparto si esto fuera necesario.