



**INSTITUTO DE  
ESTUDIOS CEUTÍES**

**ANÁLISIS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA  
Y EL APOYO PUERPERAL DOMICILIARIO  
A MADRES CON LACTANCIA MATERNA  
EN LA POBLACIÓN DE CEUTA**

Luciano Rodríguez Díaz

**Colección “Tesinas y trabajos de grado”**

**2015**



**ANÁLISIS SOBRE LA LACTANCIA  
MATERNA Y EL APOYO PUERPERAL  
DOMICILIARIO A MADRES CON  
LACTANCIA MATERNA EN LA  
POBLACIÓN DE CEUTA**

Luciano Rodríguez Díaz



INSTITUTO DE ESTUDIOS CEUTÍES  
CEUTA 2015



Colección “Tesis y trabajos de grado”

Ciencias de la Salud

El contenido de esta publicación procede del trabajo científico presentado y desarrollado en la Universidad de Granada.

© EDITA: INSTITUTO DE ESTUDIOS CEUTÍES

Apartado de correos 593 • 51080 Ceuta

Tel.: + 34 - 956 51 0017 // 956 51 0810

E-mail: [iec@ieceuties.org](mailto:iec@ieceuties.org)

[www.ieceuties.org](http://www.ieceuties.org)

Comité editorial:

Francisco Herrera Clavero • Alberto Weil Rus

José Luis Ruiz García • José Antonio Alarcón Caballero

Jefa de publicaciones:

Rocío Valriberas Acevedo

Diseño y maquetación

Enrique Gómez Barceló

Santiago Prieto Riera

Realización:

Enrique Gómez Barceló

Primera edición: abril 2015

Edición Digital:

ISBN: 978-84-92627-89-9

Depósito Legal: CE 17 - 2015

## **Directores:**

Luciano Rodríguez Díaz

Matrón. Hospital Universitario de Ceuta.

Profesor de la Unidad Docente de Matronas de Ceuta.

Componente del grupo de trabajo de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE)

Doctorando por la Universidad de Granada.

Juana María Vázquez Lara

Matrona del Área Sanitaria de Ceuta.

Coordinadora y Profesora de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) de Ceuta.

Coordinadora Nacional del grupo de trabajo de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE)

Doctorando por la Universidad de Granada

**Autores:**

Rocío Palomo Gómez.

Matrona. Hospital Quirón Campo de Gibraltar

Francisco Javier Muñoz Vela

Matrona. Hospital Universitario Materno-Infantil Carlos de Haya

María Romeu Martínez

Enfermera.

Matrona. Área Sanitaria del Campo de Gibraltar.

Master en Asistencia e investigación sanitaria

Sara Trasierra Álvarez

Matrona. Del Centro de Salud de Punta Umbria

Milagros Villegas Domínguez

Matrona. Hospital Universitario de Ceuta.

Dr. D Jesús Ramírez Rodrigo

Tutor

Vicedecano Facultad Ciencias de la Salud de Ceuta

Un agradecimiento a todas nuestras familias y gestantes que nos han permitido ser lo que somos

Y en especial a mi pareja y futura mujer que es el movimiento de mi vida.

Luciano Rodríguez Díaz



## ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES .....	11
INTRODUCCIÓN .....	15
1. Alimentación del RN-Necesidades .....	17
2. Inconvenientes de la lactancia artificial .....	19
3. Lactancia materna. Beneficios, pérdida de la cultura de lactancia materna .....	20
4. Iniciativas institucionales de promoción de lactancia natural a nivel internacional .....	23
JUSTIFICACIÓN .....	31
I- PARTE: “Validación sobre cuestionario lactancia materna” .....	33
OBJETIVOS .....	33
1. General .....	33
2. Específicos .....	33
MATERIAL Y MÉTODO .....	33
1. Diseño del estudio .....	33
2. Muestra .....	34
3. Criterios de inclusión .....	36
4. Variables de estudio .....	36
5. Procedimiento y Cuestionarios .....	39
6. Análisis de datos. Tratamiento estadístico .....	40
7. Requisitos éticos del estudio .....	40
8. Cronograma .....	41
RESULTADOS .....	42
DISCUSIÓN .....	56
CONCLUSIONES .....	56

II- PARTE: “Estudio de la eficacia del apoyo postnatal domiciliario a madres con lactancia materna” .....	59
HIPÓTESIS .....	59
OBJETIVOS .....	59
METODOLOGÍA .....	59
1. Diseño del estudio .....	59
2. Justificación del tamaño muestral.....	60
3. Muestreo .....	60
4. Definición de la población.....	60
4.1. Criterios de inclusión .....	61
4.2. Criterios de exclusión.....	61
4.3. Variable independiente .....	61
4.4. Variables dependientes .....	62
4.5. Variables de control.....	62
5 Descripción de la intervención .....	64
5.1. Grupo intervención.....	64
5.2. Grupo control .....	66
6. Cronograma .....	68
7. Análisis de datos .....	68
7.1. Investigación cuantitativa.....	68
7.2. Investigación cualitativa.....	69
8. Limitaciones del estudio.....	69
AGRADECIMIENTOS .....	71
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS .....	77

## **Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal domiciliario a madres con lactancia materna en la población de Ceuta**

### **Resumen**

Introducción. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido<sup>[3]</sup>, seguida de una combinación de lactancia materna continua y una alimentación apropiada y adecuada con otros alimentos. Sin embargo, en España existe una tendencia considerable al abandono de la lactancia materna<sup>[4]</sup>. Por ello el objetivo principal de este estudio es determinar la eficacia de la educación postnatal domiciliaria en relación con la duración de la lactancia materna.

Material y métodos. Se diseñará un estudio mediante una metodología combinada: investigación cuantitativa (ensayo clínico) y cualitativa, que se realizará en el Hospital Universitario de Ceuta, a una muestra de 250 madres con intención de lactancia materna (125 madres con apoyo postnatal domiciliario y 125 madres con atención convencional), distribuidas en cada grupo mediante aleatorización simple.

Resultados previsibles. Se espera obtener como resultado de la investigación que el apoyo postnatal domiciliario sea un factor protector para el mantenimiento del proceso de lactar y para la disminución del número de abandonos.

### **Palabras clave**

Enfermera, lactancia materna, duración, cuidado postnatal, cuantitativa, ensayo clínico, cualitativa.

### **Abstract**

Study of the effectiveness of postnatal home support breastfeeding mothers.

Introduction. The WHO recommends exclusive breastfeeding for during the first six months of the newborn's life<sup>[3]</sup>, followed by a combination of continued breastfeeding and suitable diet incorporating different food little by little. However, there is a considerable tendency to abandon breastfeeding in Spain<sup>[4]</sup>. Therefore the main objective of this study is to determine the effectiveness of postnatal home education in relation to the duration of breastfeeding.

Material and methods. A study will be designed using a combined methodology: quantitative research (clinical trial) and qualitative, to be held in the Hospital University of Ceuta. The study will be carried out with a group of 250 mothers with breastfeeding intention (125 mothers with postnatal home support and 125 with standard care). Both groups will be formed at simple randomization.

Predictable results. The expected result of the investigation is that postnatal home support is a protective factor for the maintenance of the breastfeeding process and to decrease the number of mothers who give up.

### **Key Words**

Nurse, breastfeeding, duration, postnatal care, quantitative, clinical trial, qualitative.



**ANÁLISIS SOBRE LA LACTANCIA  
MATERNA Y EL APOYO PUERPERAL  
DOMICILIARIO A MADRES CON  
LACTANCIA MATERNA EN LA  
POBLACIÓN DE CEUTA**



## INTRODUCCIÓN

La leche materna es la alimentación idónea para los recién nacidos y lactantes, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano. Además contiene anticuerpos que protegen al lactante de enfermedades como la diarrea y la neumonía. La lactancia materna contribuye a una buena salud durante toda la vida <sup>[1]</sup>. Los adultos alimentados con lactancia materna suelen tener unos niveles de tensión arterial más bajos, menos colesterol y menor probabilidad de obesidad <sup>[2]</sup> y diabetes de tipo II.

La lactancia materna no solamente beneficia al recién nacido, también beneficia a la madre ayudándola a recuperar más rápidamente su peso anterior al embarazo y reduciendo las tasas de obesidad, el riesgo de cáncer de mama y ovario <sup>[1]</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido, seguida de una combinación de lactancia materna continua y una alimentación apropiada y adecuada con otros alimentos <sup>[3]</sup>.

A pesar de los beneficios de la lactancia y de las recomendaciones de la OMS, nos encontramos con unas tasas de lactancia materna que no alcanzan la duración recomendada. En España el 53% de las madres inician la lactancia materna y solamente el 18% sigue lactando a los seis meses <sup>[4]</sup>; porcentajes que se sitúan muy lejos del objetivo del “Healthy People 2010” que establece que el 75% de las madres deben iniciar la lactancia materna y un 50% continuar la lactancia hasta los seis meses <sup>[5]</sup>.

La Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2006 nos muestra que en la Comunidad de Ceuta alrededor del 48% de las madres mantienen la lactancia materna a las seis semanas, un 38% continúan hasta el tercer mes y solamente el 1,38 % continúa por encima del sexto mes de embarazo <sup>[4]</sup>.

Existen diferentes factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. Las madres jóvenes, con bajos ingresos económicos, solte-

ras, primíparas y las que abandonaron la educación a una edad precoz tienen menos probabilidades de mantener la lactancia durante el periodo de tiempo recomendado por la OMS <sup>[7,8]</sup>. Las madres manifiestan que abandonan la lactancia prioritariamente porque el bebé tiene problemas para succionar o prenderse, porque la lactancia materna por sí sola no satisface a su bebé, porque tiene leche insuficiente, porque el bebé pierde interés en la lactancia o porque el bebé empezó a morder <sup>[7]</sup>.

Una revisión sistemática ha demostrado que existe un amplio conjunto de intervenciones que son eficaces para incrementar la iniciación y/o duración de la lactancia materna como: la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN), la educación y/o programas de apoyo, cambios en la política y la práctica dentro de la comunidad y configuración del hospital, grupos de apoyo, programas de medios de comunicación, formación de los profesionales, ... <sup>[9]</sup>

La OMS y UNICEF lanzan en 1991 la IHAN con el objetivo de incrementar la lactancia materna en el mundo mediante la promoción, protección y apoyo en los servicios de maternidad de los hospitales <sup>[10]</sup>. En el Reino Unido una vez lanzada la IHAN, apareció la iniciativa Centros de Salud Amigos de los niños. La IHAN se inició en España en 1995 y desde aquel momento hasta hoy en día contamos con 14 hospitales con esa acreditación, pero en Ceuta no existe ningún hospital con esta acreditación. La situación actual en España de la iniciativa Centros de Salud Amigos de los Niños todavía está en proceso, es por ello que no existe ningún Centro de Salud con esta acreditación. Un estudio demostró que la IHAN junto con otras prácticas hospitalarias mejora las tasas de lactancia materna más allá de las 6 semanas, pero no garantiza la duración óptima <sup>[11]</sup>.

En un estudio realizado en el Reino Unido se llegó a la conclusión de que los grupos de apoyo no aumentaban la duración, esto puede ser debido a que la mayoría de las madres no solicitaban ayuda, pero las que recurrían a su asesoramiento lo valoraban como muy útil <sup>[12]</sup>.

La última revisión sistemática de Cochrane afirma que el apoyo postnatal mediante llamadas telefónicas no tiene efecto en la duración de la lactancia materna, mientras que las visitas a domicilio, sin otras medidas, resultaron ser beneficiosas para la continuación en el proceso de lactar <sup>[8]</sup>. En anteriores estudios se llegó a la conclusión de que tanto la educación prenatal como la postnatal de apoyo a lactancia materna mejoran significativamente las tasas de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses <sup>[10, 14, 15]</sup>; siendo marginalmente más eficaz el apoyo postnatal <sup>[16]</sup>. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

Australia no tuvo éxito para aumentar la proporción de mujeres que mantienen la lactancia materna hasta los seis meses posteriores al parto <sup>[17]</sup>.

La lactancia materna requiere aprendizaje y muchas mujeres tienen dificultades al principio de esta vivencia natural <sup>[18, 1]</sup>. Un estudio demuestra que el 87% de las madres que interrumpen la lactancia materna en las primeras seis semanas y el 37% de las que amamantaron hasta los seis meses habrían deseado continuar la lactancia por más tiempo <sup>[7]</sup>; si estas madres recibieran suficiente apoyo durante todo el proceso de lactar serían capaces de continuar la lactancia materna<sup>[19]</sup>.

Un porcentaje considerable de madres manifiestan una falta de apoyo y recursos a dónde dirigirse en caso de problemas con la lactancia después del alta hospitalaria <sup>[10, 20]</sup>.

Hasta la actualidad nos encontramos con estudios que demuestran que las visitas domiciliarias postparto podrían aumentar la duración de la lactancia materna y la confianza de las madres <sup>[8]</sup>. Las elevadas tasas de inicio de lactancia materna, la situación de abandono de lactancia en Ceuta a los seis meses <sup>[4]</sup> y la falta de apoyo en la primera semana <sup>[10]</sup> nos han impulsado a diseñar un estudio para evaluar la eficacia de un programa de apoyo postnatal domiciliario desde el momento del alta hospitalaria hasta los seis meses; en nuestra comunidad autónoma, más concretamente en nuestro ámbito de trabajo: Hospital Universitario de Ceuta.

El presente trabajo está desarrollado en dos partes, una que consiste en la validación de un cuestionario sobre lactancia y una segunda parte que he desarrollado un proyecto para solucionar los problemas sobre lactancia en la población de Ceuta, donde llevaremos a cabo el cuestionario validado.

### **1. Alimentación del RN-Necesidades**

Actualmente existe unanimidad de que la leche materna es el mejor alimento que puede recibir un bebé en las primeras etapas de su vida. En los últimos años, multitud de estudios han demostrado las innumerables ventajas que la lactancia materna presenta para los niños y sus madres, no sólo desde el punto de vista de salud, sino también desde el punto de vista de su bienestar psicológico y afectivo.

Por su elevado aporte de nutrientes, anticuerpos y sustancias biológicamente activas, que favorecen el proceso de crecimiento y el desarrollo inmunológico del lactante, la leche materna, administrada de forma exclusiva es el alimento

ideal durante los 6 primeros meses de vida y después, conjuntamente con otros alimentos de calidad, hasta los dos años o hasta que la madre y el niño quieran. Se ha demostrado que la lactancia materna disminuye el riesgo de padecer infecciones y enfermedades crónicas y favorece el desarrollo cognitivo durante la infancia; prolongándose dichos beneficios hasta la época adulta. Una revisión sistemática de las pruebas científicas que avalan los beneficios de la lactancia materna durante los seis primeros meses de vida se pueden encontrar en los documentos de la O.M.S.

La leche humana no es sólo un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (modificando su composición y volumen) y que facilita su adaptación a la vida extrauterina. Tiene una gran complejidad biológica, ya que está compuesta por nutrientes, sustancias inmunológicas, hormonas, enzimas, factores de crecimiento, etc. Es también capaz de adaptarse a las diferentes circunstancias de la madre.

La lactancia materna también es beneficiosa a corto y largo plazo para la salud física y psicológica 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. En ésta fase, se consumen las reservas de grasa que el cuerpo de la mujer acumuló durante el embarazo preparándose a tal fin. La disminución del sangrado postparto, junto con la inhibición de la ovulación que la lactancia trae aparejada, contribuye a la recuperación de la anemia del embarazo. En cuanto a los efectos a largo plazo se ha demostrado que existe una relación inversa entre la lactancia materna y el riesgo de padecer cáncer de mama y ovarios. La lactancia materna se configura, por tanto, como una fase imprescindible en cuanto que es un “complemento fisiológico del ciclo reproductor de la mujer”.

No menos importante son los beneficios que aporta el amamantamiento desde un punto de vista psicológico y afectivo. Las mujeres que han lactado con éxito definen ésta experiencia como algo placentero y muy satisfactorio, que repercute de forma positiva en su confianza como madres y en el bienestar de sus hijos, lo que establece un especial vínculo de unión entre ambos. El contacto piel con piel que favorece la lactancia proporciona al recién nacido un sentimiento de calor y seguridad que va más allá de su mera función nutritiva. La bondad de este contacto entre madre e hijo y de la succión al pecho está en la base de los protocolos de “cuidados canguro” que se aplican, cada vez más, en el cuidado de recién nacidos de bajo peso en las unidades de neonatología de todo el mundo.

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

Asimismo, en un contexto como el actual en el que la lactancia artificial es la forma de alimentación predominante, cada experiencia positiva de lactancia materna contribuye a la revalorización de la capacidad de la mujer para amamantar y a la recuperación de ésta forma de alimentación, creando patrones de conducta y transmitiendo su experiencia de generación en generación.

Finalmente hay que resaltar que la lactancia materna es una fuente de alimentación ecológica y económica puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse, con lo que se ahorra energía y se evita contaminación del medio ambiente. Además debido a la menor incidencia de enfermedades, los niños amamantados ocasionan menos gastos a sus familias y a la sociedad en medicamentos y utilización de servicios sanitarios y originan menos pérdidas de absentismo laboral de sus padres.

Sin embargo, a pesar de estas evidencias, los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ponen de manifiesto un panorama en el que las bajas tasas de lactancia materna y el abandono temprano son una constante, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Así, por ejemplo, según datos de la encuesta nacional de salud de 2001, en España poco más del 60% de las madres daba pecho a sus hijos, seis semanas después del nacimiento y sólo el 23% continuaba durante seis meses.

## **2. Inconvenientes de la lactancia artificial**

La madre ha decidir libremente sobre el tipo de alimentación que desea para su bebé y lo ideal es que lo haga ya antes de dar a luz, después de haber recibido una información adecuada.

A las clásicas ventajas de la lactancia materna, anteriormente mencionadas y que la mayoría de los profesionales de la salud conocen por formar parte de su cuerpo de conocimientos, hay que añadir los numerosos inconvenientes, no tan conocidos, que apoyan la clara evidencia científica de que la lactancia materna es superior a la artificial.

Se produce una disminución del vínculo afectivo; Es menos digestiva, produce mayor reflujo gastroesofágico, retrasa la eliminación de meconio, enlentece la maduración intestinal, produce mayor incidencia de caries, caída dental y maloclusión, aumenta la incidencia y/ o gravedad de las infecciones del lactante, peor desarrollo intelectual, mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas (alergias, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil y

linfomas, hipertensión arterial e hipercolesterolemia), mayor riesgo de síndrome de muerte súbita en el lactante. Existe evidencia científica que la alimentación con lactancia artificial tiene repercusión sobre el bienestar y salud del bebé.

El efecto beneficioso de la lactancia materna aumenta cuanto más prolongada es su duración. La OMS, apoyándose en la evidencia científica actual recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, seguida de la introducción de alimentos complementarios y la continuación de la lactancia materna hasta los 2 años o más. Sin embargo, no existe consenso ni evidencia científica que demuestre que a partir de cierto momento existe inconveniente de la lactancia prolongada.

En este momento no existe un sistema oficial, adecuado, de seguimiento y monitorización de la lactancia materna a nivel nacional. Los datos que se recogen, sobre prevalencia de lactancia materna a nivel local por profesionales sanitarios con mucho esfuerzo y pocos medios, al final, son poco representativos de la población general y reproducen con poca fiabilidad la situación real.

### **3. Lactancia materna. Beneficios, pérdida de la cultura de lactancia materna**

En el ser humano las fronteras entre lo biológico y lo cultural se desdibujan y difuminan hasta el punto de que resulta difícil distinguir entre el componente instintivo de una conducta y el aprendido a través del proceso de socialización. El amamantamiento tiene un componente instintivo, fundamentalmente en lo que se refiere al recién nacido (reflejos de búsqueda, succión, deglución), pero también necesita de un aprendizaje de la técnica concreta que venía dado por la transmisión de conocimientos de madres a hijas, o a través de la experiencia compartida en el grupo de padres. La lactancia materna es considerada como un fenómeno biocultural por excelencia, ya que, además de ser un proceso biológico está determinado por la cultura. Si todo en la lactancia fuera instinto, si la lactancia se sustentara exclusivamente en un substrato biológico, en nada habría cambiado en los últimos siglos y no habría rozado el peligro de extinción en el siglo XX. De esta manera no habría sido necesario el ingente esfuerzo realizado en los últimos 70 años por organizaciones de mujeres, colectivos ciudadanos, instituciones y personal sanitario para estudiarla, valorarla y promocionar su recuperación.

La visibilidad social del amamantamiento en nuestros días es prácticamente nula tanto en los espacios públicos como en los mediáticos, donde el biberón ha reemplazado a la imagen del niño al pecho. En este contexto, en el que, a

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

pesar de los esfuerzos realizados en defensa de la lactancia natural, la forma de alimentación predominante y más visible es la lactancia artificial, el mecanismo de transmisión de conocimiento y experiencias acerca del amamantamiento no sólo se ha perdido, sino que ha sido reemplazado por el cuerpo de conocimientos relativos a la lactancia artificial. Así mitos asociados a la cultura del biberón, como la imposición de pautas horarias estrictas para el amamantamiento, se hallan a menudo en la base del fracaso de la lactancia materna, incluso cuando la madre ha elegido esa opción. Es en este sentido que se habla de la pérdida de la cultura de la lactancia materna.

La generalización de éste cambio en la alimentación del ser humano, que ha sido calificada por la ONU como “el mayor experimento sin comprobaciones previas y sin controles realizado en la especie animal”, comienza a finales del siglo XIX, cuando avances científicos como la pasteurización permiten desarrollar fórmulas modificadas de leche de vaca digeribles para los lactantes humanos. Hasta ese momento, toda la experiencia de alimentación de infantes con leche procedente de otras especies, por ejemplo en orfanatos, se habían saldado con tasas de mortalidad superiores al 90% en el primer año de vida.

Junto a este factor de carácter, científico y técnico, en la base de ésta transformación en los hábitos de alimentación de la especie humana se conjugan multitud de factores de índole económica, social y cultural, que aún hoy dificultan la recuperación de la lactancia materna, a pesar de los esfuerzos que se están llevando a cabo desde un número cada vez mayor de ámbitos.

Por un lado la incorporación de la mujer al trabajo asalariado, que conlleva la industrialización, hace que en siglo XIX se generalice el recurso a las nodrizas, una práctica que hasta ese momento estaba asociada a las clases más pudientes. Posteriormente a finales del siglo XIX y comienzos del XX, la alimentación de los recién nacidos se derivará hacia la lactancia artificial. Al principio este cambio afectó a las grandes urbes industriales. Mientras que en el campo las mujeres seguían alimentando a sus hijos de manera natural y durante el mismo tiempo que generaciones anteriores.

Hasta 1919, año de la creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), no se produce una iniciativa a nivel internacional de defensa de la maternidad en el entorno laboral. De ésta fecha data el “convenio sobre protección de la maternidad”, en el que se reconoce la necesidad de promover derechos laborales a la mujer, que permitan compatibilizar sus roles productivos y reproductivos. Concretamente este convenio, promueve la existencia de un período de baja remunerada por maternidad así como una serie de pausas para las madres lactantes, tras su reincorporación al trabajo. Asimismo, se prohíbe

el despido durante el tiempo que dure la baja por maternidad. La existencia de estas medidas de protección han contribuido a mejorar las condiciones en las que las mujeres trabajadoras hacen frente a la maternidad. Sin embargo, según los datos analizados hasta el momento, de prevalencia de lactancia materna en Ceuta, la reincorporación del trabajo sigue siendo un momento importante de abandono de la lactancia materna debido a la dificultad de compatibilizarla con el ritmo que impone la actividad laboral, a pesar de las pausas de lactancia previstas en legislación. Asimismo, hay que tener en cuenta la situación de vulnerabilidad que, aún hoy, tienen las mujeres en el mercado de trabajo. A pesar de las medidas legales contra la discriminación laboral por razones de género, la realidad es que las mujeres acceden al empleo en mucha menor medida que los hombres y, cuando lo hacen, ocupan puestos con peores condiciones laborales. Buena parte del empleo femenino se sitúa en la periferia del mercado de trabajo (empleo informal, temporal y a tiempo parcial) donde la protección de la legislación laboral no llega, o lo hace de manera muy parcial. Todo ello contribuye al retraso del proceso de la maternidad por un lado, y a una elección de crianza mediatizada por la actividad laboral visible y productiva.

La revolución industrial también marcó un cambio en la percepción de la maternidad. Tradicionalmente, el instinto y la experiencia materna formaban la base de lo que se consideraba como el cuidado adecuado de los recién nacidos.

Las técnicas concretas que las mujeres empleaban con sus bebés eran transmitidas y enseñadas de madres a hijas o entre otras mujeres en la misma situación (amigas, vecinas, etc.). El criterio de autoridad de éste tipo de conocimientos provenía de las propias mujeres. Sin embargo a medida que el cientifismo fue ganando prominencia en la sociedad industrial, el papel protagonista se fue desplazando hacia el ámbito médico. Frente al aprendizaje instintivo y experiencial de la maternidad tradicional, el modelo ideal pasa a ser el de la “maternidad científica”. Si bien la medicalización progresiva del ciclo del embarazo, parto y crianza trajo innegables avances en lo que se refiere a la disminución de la mortalidad materna y neonatal, también tuvo como consecuencia la pérdida del protagonismo de la mujer en muchos aspectos de la maternidad, al negarse desde el ámbito de la profesión sanitaria cualquier posibilidad de intervención válida de las propias mujeres en el proceso de parto y crianza.

Por otra parte dicha autoridad médica y científica, aceptada y consensuada socialmente, ha sido utilizada por la industria para vender productos relacionados con la salud de los recién nacidos, entre ellos las fórmulas de alimentación infantil. La publicidad de las marcas comerciales y prácticas de

marketing agresivas, como la distribución gratuita o a bajo coste de muestras de productos en el ámbito hospitalario, la “ayuda del biberón de glucosa al 5%” porque el bebé llora, han contribuido al desplazamiento de la lactancia materna en pro de la lactancia artificial y a la construcción de una imagen social de la maternidad asociada al biberón. La consecuencia de todo ello ha sido la asunción de prácticas erróneas, y la consideración, en su momento, de los sucedáneos de la leche materna como una alternativa de alimentación adecuada e incluso superior a ésta.

Finalmente el ideal estético impuesto por el mundo de la moda y la cosmética a través de los medios de comunicación de masas, es el de un cuerpo femenino delgado y poco desarrollado, de formas casi adolescentes. Este modelo de belleza se sitúa en el polo opuesto del modelo maternal, provocando en muchos casos el rechazo de las madres hacia su cuerpo y una cierta ansiedad por recuperar la figura previa al embarazo en el menor tiempo posible.

Todos estos factores que contribuyeron al abandono generalizado de la lactancia materna, continúan dificultando hoy su recuperación. Y así, a pesar de los esfuerzos que se están llevando a cabo desde distintos organismos, la mayoría de las mujeres interrumpen la lactancia antes de lo recomendado y, lo que es más preocupante, antes de lo que ellas mismas desean.

#### **4. Iniciativas institucionales de promoción de lactancia natural a nivel internacional**

Desde hace varias décadas, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han asumido el liderazgo en la protección y promoción de la lactancia materna en el mundo. En 1974, se llevó a cabo la 27ª Asamblea Mundial de la Salud en la que se notificó el descenso significativo de las prácticas de lactancia natural en la mayor parte del mundo. Este descenso se relacionó con distintos factores socioculturales, así como con la forma de promocionar los sustitutos de la leche materna por parte de la industria. En 1978, la 31ª Asamblea Mundial de la Salud identifica la prevención de la malnutrición infantil como una prioridad de salud pública y la lactancia materna como una importante vía para conseguir dicho objetivo. En 1979, la OMS y UNICEF, en una reunión conjunta sobre alimentación infantil, establecen la necesidad de apoyar y promover la lactancia materna y las prácticas adecuadas de destete, y de fortalecer la educación, la formación y la información relacionada con este tema. Asimismo, recomiendan promover unas prácticas apropiadas de publicidad

y comercialización de sucedáneos de la leche materna. Como resultado de esta recomendación conjunta, la totalidad de los participantes en la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, con la excepción de EEUU, adoptó en 1981 el “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna” de la OMS (recogido en la legislación europea en 1991 y en España mediante Real Decreto en 1992 y 1998). Esta asamblea reconoce también que el código debería ser clarificado y revisado posteriormente, para lo cual prevé un mecanismo de modificación y complementación del mismo mediante nuevas resoluciones, tomadas desde entonces con una frecuencia bianual.

El Código Internacional prohíbe cualquier tipo de promoción de la alimentación artificial y establece una serie de requisitos para el etiquetado y la información sobre alimentación infantil. Cualquier actividad que socave la lactancia materna se considera una violación del espíritu del Código.

Sin embargo, a pesar de las casi tres décadas de vigencia del Código, las violaciones al mismo siguen estando al orden del día. Así, en el informe “Violando las reglas, eludiendo las reglas” de 2001, la IBFAN concluye: «En los veinte años desde la adopción del Código Internacional no se han visto suficientes cambios en la manera en que las compañías comercializan sus productos. Las etiquetas han mejorado y, en la mayoría de los países, han desaparecido las formas más flagrantes de publicidad. Sin embargo, continúan otras violaciones, más sutiles pero aún así muy perjudiciales, tales como los suministros gratuitos a los establecimientos de salud, la promoción persistente del destete precoz (...) y la publicidad en Internet».

Además de manifestar su preocupación sobre las prácticas de la industria, las iniciativas internacionales de promoción de la lactancia materna centran su atención en otros factores que suponen frenos importantes a la misma, como el entorno laboral, nivel de conocimientos de las madres, el nivel socioeconómico al que pertenecen, las prácticas hospitalarias asociadas al proceso de embarazo, parto y crianza. Ya se han mencionado más arriba los sucesivos convenios de protección de la maternidad en el entorno laboral acordados por la OIT desde 1919. Sin embargo, los objetivos perseguidos por estos convenios están lejos de alcanzarse.

Muchos países del mundo no han ratificado las convenciones de maternidad, y de los que lo han hecho, pocos garantizan la cobertura universal. En este sentido, «la maternidad continua siendo una fuente de discriminación en el empleo y en el acceso al mismo. Hay mujeres embarazadas que continúan perdiendo sus trabajos, incluso aquellos que están protegidos por la legislación. La discriminación contra las mujeres como consecuencia de su rol reproductivo

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

continúa siendo una de las principales barreras a la igualdad de oportunidades y trato entre hombres y mujeres en el mundo laboral».

En 1989, la “Convención sobre los Derechos del Niño” establece, en su artículo 24, la obligación de los estados miembros de garantizar el nivel más alto de salud de los niños, tomando medidas que aseguren que todos los sectores y, en particular, las familias, «conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos».

También de este año data la declaración conjunta OMS/UNICEF sobre la “Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna: el papel esencial de los servicios de maternidad”. En esta declaración se recogen los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural que resumen las prácticas de maternidad necesarias para garantizar la lactancia materna, y que conformarán los cimientos de la “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños — IHAN”.

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
2. Capacitar al personal sanitario para que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe de dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

Todos estos antecedentes quedan refrendados en 1990 en la “Declaración de Innocenti”, elaborada y aprobada en una reunión conjunta de la OMS y UNICEF celebrada en agosto de 1990 y ratificada en la Primera Cumbre Mundial de la Infancia. La Declaración de Innocenti reconoce la superioridad de la alimentación al pecho sobre la lactancia artificial y supone el impulso definitivo del marco político para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Para ello, se proponen las siguientes medidas:

1. Reforzar la “cultura del amamantamiento”, defendiéndola enérgicamente de las incursiones de la “cultura del biberón”.
2. Aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de amamantar.
3. Se deben tomar medidas que garanticen la nutrición adecuada de las madres.
4. Todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales de lactancia materna y establecer metas nacionales apropiadas para el decenio de 1990. Asimismo, establecerán un sistema nacional de monitorización de las prácticas de lactancia, desarrollando indicadores adecuados a este fin.
5. Se insta a las autoridades nacionales para que integren las políticas de promoción del amamantamiento en las políticas globales de salud y desarrollo; protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna en programas complementarios.

Junto a estas medidas de apoyo y promoción de la lactancia materna, la declaración establece las siguientes metas operativas (en principio se deberían haber alcanzado en 1995):

Nombrar a un coordinador nacional sobre lactancia materna.

Garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen la totalidad de los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.

Haber tomado medidas para poner en práctica los principios y objetivos del “Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”.

Haber aprobado leyes innovadoras que protejan los derechos de amamantamiento de las trabajadoras.

En 1991, OMS y UNICEF lanzan la “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños” (IHAN) con el fin de dar contenido a la meta operativa, establecida en

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

la declaración de Innocenti, de que los servicios de maternidad se conviertan en centros de promoción de la lactancia natural.

Desde su puesta en marcha en España en 1995, las acciones realizadas han conseguido que 11 parlamentos autonómicos y el Congreso de los Diputados hayan aprobado proposiciones no de ley instando a sus gobiernos a proteger, promover y apoyar la lactancia materna siguiendo los criterios de OMS y UNICEF. Actualmente, hay más de 100 hospitales en España ajustando sus prácticas y protocolos a las exigencias de la IHAN, cuyo galardón han recibido hasta el momento 13 hospitales en nuestro país.

Ese mismo año, se publica la guía de la OMS “Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna”, en el que se recogen las definiciones de los indicadores y la metodología adecuadas para monitorizar la situación de la lactancia materna, y evaluar los avances que se logren con la puesta en práctica de las medidas de fomento.

Entre 1992 y la actualidad, se ha seguido trabajando sobre la importancia de la lactancia materna como fuente principal para la alimentación y nutrición infantiles. Así, el plan de acción de la Cumbre Mundial sobre Nutrición de 1992, definió la lactancia materna como uno de los temas principales en nutrición. En 1994, en la Cumbre Internacional sobre Población y Desarrollo se destacan los beneficios que tiene esta forma de alimentación sobre la salud materna y el espaciamiento de los embarazos. Asimismo, en 1995, la Cumbre Mundial de Pekín sobre Mujer y Desarrollo resalta la necesidad de facilitar la lactancia materna para las madres trabajadoras.

En la actualidad, el marco normativo más reciente y completo a nivel internacional lo conforma la “Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño”, preparada conjuntamente por OMS y UNICEF. La estrategia mundial está basada en una revisión extensa de los datos científicos y epidemiológicos, y renueva el compromiso para continuar con los instrumentos que se han demostrado eficaces en el pasado en el apoyo a la lactancia materna; en concreto: la “Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños”, el “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna” y la “Declaración de Innocenti”. En definitiva, se trata de un instrumento global que recoge las intervenciones esenciales para proteger, promover y apoyar la alimentación del lactante y niño pequeño, dirigidas a todos los sectores sociales implicados (gobiernos, familias, medios de comunicación, empresarios, empresas comerciales, etc.).

En lo que se refiere al entorno europeo, a finales de la década pasada se comenzaron a incorporar referencias a la importancia de proteger y promo-

cionar la lactancia materna en distintos documentos relacionados con la salud pública. En 1999, en el marco del tercer objetivo del “Programa Salud 21” de la Oficina Regional para Europa de la OMS, titulado “Iniciar la vida en buena salud”, se reconoce la importancia de la lactancia materna para la salud y el bienestar físico y psíquico de madres e hijos, y se establece la meta operativa de lograr que el 60% de los niños europeos sean amamantados exclusivamente hasta el sexto mes de vida.

En el año 2000, el proyecto EURODIET recoge entre sus principales propuestas, la necesidad de aumentar la prevalencia de la lactancia materna en Europa. Asimismo, se recomienda la revisión de las actividades de promoción existentes, incluyendo la reevaluación de la normativa comunitaria vigente sobre sustitutos de la leche materna y los permisos por maternidad, y el desarrollo de un plan de acción sobre lactancia materna.

Ese mismo año, la llamada “iniciativa francesa” sobre nutrición, subraya la necesidad de emprender acciones para la monitorización y promoción de la lactancia materna.

Esta iniciativa condujo a la “Resolución sobre Nutrición y Salud” del Consejo de la UE en diciembre de 2000, donde la lactancia materna es reconocida de manera oficial como una prioridad. También el “Primer Plan de Acción para una Política de Alimentación y Nutrición”, de la Oficina regional para Europa de la OMS para 2000-2005, recoge esta prioridad entre sus objetivos.

En mayo de 2001, se celebra en Estocolmo la Conferencia sobre monitorización de la lactancia materna, con el fin de aportar información y propuestas que sirvan de base a la recogida de información sobre este tema en la UE en el marco del Programa de monitorización de la salud (European Community Health Indicators — ECHI). La conferencia concluye que un sistema europeo de recogida de información relativa a la lactancia materna debería ajustarse a la definición de indicadores y a la metodología de recogida de datos propuesta por la OMS en su guía de evaluación de 1991.

En Junio de 2004, se presentó el documento “Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa: un plan estratégico para la acción”, resultado de un proyecto financiado por la UE en el que han participado 28 países. En este documento se concluye que la prevalencia y duración de la lactancia materna en Europa está muy por debajo de las recomendaciones de OMS y UNICEF. Asimismo, el informe remarca el hecho de que, aún hoy, no existe una uniformidad en los métodos y definiciones empleados en la recogida de datos sobre LM que permita la comparación entre los distintos países

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

miembros. Por otro lado, se constata la distancia de la mayoría de países europeos respecto de las metas y objetivos propuestos por el marco normativo internacional a través de iniciativas como la “Declaración de Innocenti”, la IHAN, el “Código Internacional de Comercialización” o los “Convenios de Protección de la Maternidad” en el entorno laboral de la OIT. Las medidas propuestas se estructuran en torno a los siguientes ejes de acción.

Como vemos, el plan estratégico parte de una concepción global del problema y establece medidas para solucionarlo a través de la actuación conjunta de los distintos niveles administrativos y sectores sociales. Para ello, el plan se basa en la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño” e incorpora las distintas iniciativas que han demostrado su eficacia en la promoción de la lactancia materna (“Declaración de Innocenti”, Código Internacional, IHAN, “Declaración y Plan de Acción para la Nutrición” de 1992, etc.). En este sentido, se trata de una guía exhaustiva que establece un marco de referencia ideal para la implementación de medidas de intervención para la protección y la promoción de la lactancia materna a nivel europeo.

En lo que respecta a la situación en España, el gobierno ratificó el “Código Internacional de Comercialización” en 1992, por medio del Real Decreto 1408/9238. Posteriormente, esta legislación fue actualizada en 1996, a través del Real Decreto 1907/96 sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, y 1998, fecha de aprobación de los decretos vigentes en la actualidad, relativos a la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación (RD 72/98 de 23 de Enero) y de los alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad (RD 490/98 de 27 Marzo).

En 1999, a iniciativa del grupo parlamentario socialista, se aprobó en el Congreso una Proposición No de Ley instando al Ministerio de Sanidad y Consumo a proteger, promover y apoyar la lactancia materna siguiendo los criterios de OMS y UNICEF, utilizando para ello como instrumento el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, se pide al Ministerio que se promoció el desarrollo de la IHAN en los hospitales españoles otorgando para ello los recursos necesarios.

En cuanto a la legislación en materia laboral, la “Ley 39/1999 sobre Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las Personas Trabajadoras”, contempla la flexibilización del derecho al permiso de lactancia y la protección del disfrute de los permisos de maternidad.

Muy recientemente, en junio del 2005, la Comisión de Sanidad del Senado insta al Gobierno a crear un comité formado por expertos en pediatría, ginecología y atención primaria con el fin de proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Esta petición fue aprobada por unanimidad y pide al Ejecutivo que ponga en marcha el citado comité conjuntamente con las comunidades autónomas y en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En la base de todo este desarrollo normativo y estratégico, se halla la concepción de la lactancia materna como un derecho, cuya importancia debe reflejarse en una política de lactancia, desarrollada para todos los niveles de atención en el marco que aporta la normativa internacional.

En relación a los esfuerzos realizados en la propia profesión sanitaria, no podemos olvidar la implicación de sus diferentes estamentos en la recuperación de los índices de prevalencia de la lactancia materna, entre ellos el colectivo de enfermería, matronas, obstetras, pediatras y médicos de familia, así como las diferentes profesiones implicadas en los centros de atención primaria de salud. Si bien es cierto que algunas prácticas de atención prenatal y perinatal en el proceso reproductivo han estado asociadas a la disminución de la lactancia materna, no es menos cierto que, a menudo, han sido los propios profesionales sanitarios los que han llamado la atención sobre la situación y se han implicado en la búsqueda de soluciones. Las asociaciones profesionales han sido, en muchos casos, claves en el apoyo a la lactancia materna a través de declaraciones de apoyo y de la elaboración de materiales didácticos dirigidos a madres y profesionales sanitarios (foros de consulta sobre temas de lactancia materna, guías de práctica clínica, etc.). Asimismo, buena parte de los estudios de prevalencia de la LM proceden del esfuerzo realizado por profesionales del ámbito sanitario implicados en el tema. Así por ejemplo, la Asociación Americana de Pediatría (AAP), a través de sendas declaraciones en 1997 y 2005, ha contribuido a poner de relieve la importancia de la lactancia materna para la alimentación infantil y proponer pautas de actuación para los profesionales sanitarios.

## JUSTIFICACIÓN

No cabe duda de todos los beneficios que reporta la lactancia materna tanto al recién nacido como a la madre, como arroja toda la evidencia científica consultada y mencionada anteriormente. Igualmente las visitas a domicilio en el posparto por parte de personal especializado, han resultado ser un instrumento eficaz para ayudar a la madre al mantenimiento de la lactancia materna.

Conforme a los datos expuestos, Ceuta sufre una de las tasas más altas de abandono de la lactancia materna a los seis meses y adolece de una falta de apoyo a la misma en la primera semana.

Todas las ventajas que ofrece la lactancia materna son poderosas razones más que avaladas por organismos sanitarios de todo el mundo, para que nosotros, los profesionales sanitarios que nos dedicamos a este ámbito, participemos activamente en la promoción, instauración y mantenimiento de esta actividad tan natural.

Esta situación en nuestra ciudad, y la conciencia que tenemos como promotores de la lactancia materna, es lo que ha suscitado el diseño de este estudio destinado a evaluar la eficacia de un programa de apoyo postnatal domiciliario desde el momento que la madre y el hijo vuelven a casa; todo ello encaminado al mantenimiento de la lactancia natural al menos los primeros seis meses de vida.



# **I PARTE:**

## **“VALIDACIÓN SOBRE CUESTIONARIO LACTANCIA MATERNA”**

### **OBJETIVOS**

#### **1. General**

Conocer la situación de la lactancia materna en Ceuta, como un entorno multicultural.

#### **2. Específicos**

- Validación cuestionario sobre lactancia materna
- Conocer la prevalencia y duración de la lactancia materna en Ceuta.
- Identificar los factores que predisponen o que motivan a las mujeres al inicio y mantenimiento de la lactancia materna.
- Identificar los motivos de abandono de la lactancia materna.
- Caracterizar el perfil de las mujeres que inician la lactancia materna, de las que abandonan.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

#### **1. Diseño del estudio**

Nuestra investigación se basa en un estudio descriptivo, analítico y transversal en todos los aspectos: sociodemográficos, obstétricos y sobre lactancia

(influencia del círculo íntimo, conocimiento sobre lactancia, creencias negativas, confianza en profesionales, creencias tradicionales-mitos, influencia laboral).

## 2. Muestra

La población de estudio estará comprendida por aquellas mujeres embarazadas y puérperas que asistan a la consulta de control de embarazo y postparto de los centros de salud de Otero, Recinto y Tarajal, pertenecientes al Área de Gestión Sanitaria de la ciudad autónoma de Ceuta.

La Gerencia de Atención Primaria de Ceuta engloba los tres centros de salud de los que dispone la ciudad autónoma: Recinto, Otero y Tarajal.

Según los últimos datos de Estadística del Padrón (2013), del Instituto Nacional de Estadística, la población Total y según Sexo por Grupos Quinquenales en Ceuta es la siguiente, como se muestra en las tablas 1 y 2:

**Tabla 1. - Población total de Ceuta a fecha 1 de enero de 2013**

CEUTA	
Ambos sexos	83.893
Hombres	42.944
Mujeres	40.949

**Tabla 2. - Población de Ceuta por edad (grupos quinquenales) y sexo a fecha 1 de enero de 2013**

CEUTA			
Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0-4	6.085	3.114	2.971
5-9	6.027	3.071	2.956
10-14	5.217	2.616	2.601
15-19	5.228	2.613	2.615
20-24	5.872	3.033	2.839

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

### CEUTA

Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
25-29	6.337	3.312	3.025
30-34	6.806	3.620	3.186
35-39	6.822	3.638	3.184
40-44	6.249	3.367	2.882
45-49	6.251	3.309	2.942
50-54	5.771	2.986	2.785
55-59	4.649	2.459	2.190
60-64	3.414	1.815	1.599
65-69	2.792	1.372	1.420
70-74	2.256	1.022	1.234
75-79	1.937	844	1.093
80-84	1.325	476	849
85-89	599	203	396
90-94	211	65	146
95-99	39	7	32
100 y más	6	2	4
95-99	39	7	32
100 y más	6	2	4

El número de partos en Ceuta el año pasado fue de 1645, según datos oficiales recogidos del servicio de Partos del Hospital Universitario de Ceuta

Para seleccionar la muestra de estudio se utilizará un muestreo no aleatorio, que consistirá en la captación de las mujeres embarazadas que acuden a las visitas de control del embarazo y postparto en los centros de salud mencionados, durante los meses de octubre y noviembre de 2013, siempre y cuando cumplan los criterios de inclusión.

$$n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q} = 137 \text{ mujeres}$$

Para el diseño de la muestra, hemos aplicado el cálculo del tamaño muestral para poblaciones finitas, en la situación más desfavorable de probabilidad ( $p=0,5$ ). Teniendo en cuenta que el total de partos acaecidos en Ceuta, en un año, es de unos 1.600, para un error muestral del 8%, resultarían:

Finalmente, para prevenir posibles abandonos, se amplió ligeramente esta cifra, resultando un total de 144 madres, las que respondieron al cuestionario.

### 3. Criterios de inclusión

- Los criterios de inclusión que debe cumplir la muestra de estudio son los siguientes:
- Mujeres con embarazo confirmado o púerperas.
- Mujeres en edad fértil con edades comprendidas entre los 16 y 45 años, ambos inclusive.
- Mujeres que pertenezcan a los Centros de Salud de de Otero, Recinto y Tarajal y que acudan a la primera consulta de embarazo en dichos centros.
- Embarazadas que acepten su participación en el estudio y que hayan otorgado su consentimiento informado por escrito para participar en el mismo.
- Mujeres que no tengan barrera idiomática con el español.

### 4. Variables de estudio

#### 1) Variables sociodemográficas

Se entiende por variable sociodemográfica al conjunto de características personales como: edad, nacionalidad, nivel de instrucción alcanzado por la persona, ocupación, estado civil...

## **Edad**

Denominamos mujer en edad fértil aquellas con edad comprendida entre los 15 y los 49 años de edad (extraído de la definición del INE de tasa global de fecundidad). En este estudio sólo se tendrá en cuenta a las mujeres en edad fértil por encima de los 16 años y hasta los 40 años (ambos inclusive).

## **Grupo cultural-religioso**

Incluirá las 4 culturas más representativas que se aglutinan en la ciudad de Ceuta: cristiana, musulmana, judía e hindú.

## **Lugar de residencia**

Barriada ceutí a la que pertenece.

## **Estado civil**

Dividido en las siguientes categorías:

- Soltera.
- Pareja de hecho.
- Casada.
- Viuda.
- Separada.

## **Nivel de estudios**

Definido como el grado de estudios alcanzado por cada una de las participantes.

Se distinguirán los siguientes niveles:

- Ninguno.
- Estudios primarios (graduado escolar o equivalente).
- Estudios secundarios (bachillerato o formación profesional).
- Universitarios

### **Número de personas que conviven en domicilio**

Número de familiares que conviven en el domicilio (padres, hermanos, marido, hijos...)

### **Tipo de Trabajo actual**

Se distribuirá en las siguientes categorías:

- Por cuenta propia.
- Por cuenta ajena.

### **Antigüedad en el trabajo**

Años o meses que lleva en el mismo trabajo de la actualidad

### **Trabajos anteriores**

Si ha trabajado anteriormente si o no.

## **2) Variables obstétricas**

### **Edad de sus hijos**

Número de hijos y detallar la edad en años

### **Tipo de parto de cada hijo**

De cada hijo que tipo de parto tuvo: normal o ce´sare.

### **Número de meses que le dio pecho al primer hijo**

- De 0 a 2 meses
- De 3 a 4 meses
- De 5 a 6 meses
- Más de 6 meses.

### **Si tienes más de dos hijos**

Se valora tiempo máximo en meses y mínimo en meses.

## **5. Procedimiento y Cuestionarios**

Para realizar este estudio es necesario pedir permiso previamente a la Comisión de Formación e Investigación del Área Sanitaria de Ceuta, del que dependen los centros de salud de la población objeto de la investigación (Anexo 1).

El resultado de los datos de nuestro estudio procederá directamente de aquellas mujeres embarazadas que participen en el mismo. Anteriormente, se solicitará la autorización por escrito a las embarazadas mediante un formulario de consentimiento informado (Anexo 2).

La recopilación de los datos se realizará a través de entrevistas, por las matronas referentes de cada centro de salud y eventualmente por la residente de matrona que rote con ellas en ese período de tiempo, efectuadas a cada gestante de nuestra muestra. Para la óptima recogida de datos, se adiestrará a las matronas en una sesión de una hora de duración en la que se les explicará el propósito de nuestro estudio así como la correcta cumplimentación de los cuestionarios, incluido el consentimiento informado.

Se cumplimentará un cuestionario basado en una parte sociodemográfica y otra que presenta 6 dimensiones divididas del siguiente modo (Anexo 3):

- Influencia del núcleo íntimo.
- Conocimiento sobre lactancia
- Creencias negativas.
- Confianza en profesionales.
- Creencias tradicionales-mitos.
- Influencia laboral.

El rango posible es 1 a 6; siendo una escala donde 1 es el total desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo.

La recogida de datos se realizará desde el 22 de Octubre hasta el 22 de Noviembre de 2013.

## **6. Análisis de datos. Tratamiento estadístico**

Los datos procedentes de los cuestionarios fueron incorporados a tablas en formato EXCEL ©Microsoft para su organización y depuración. A partir de aquí se exportaron al paquete estadístico SPSS v18, para su procesamiento.

Se han utilizado criterios descriptivos, mediante tablas con medidas centrales, de dispersión y de error, así como representación gráfica, para la presentación y explicación de los resultados. Con relación al procedimiento inferencial, dado que los datos provienen de una escala cuyos intervalos no son idénticos, como consecuencia de la utilización de una escala Likert, en cada una de los ítems del cuestionario, lo más prudente es la utilización de criterios no paramétricos, técnica por la cual hemos optado. Así, para el contraste intragrupo (medidas relacionadas), se han considerado el test de Wilcoxon para dos muestras y el de Friedman en el caso de k muestras.

En el proceso de validación, para la Fiabilidad se ha utilizado el análisis  $\alpha$  de Cronbach, con inclusión de análisis de la varianza ANOVA y el test de aditividad de Tukey, para los ítems de cada una de las dimensiones. Asimismo, el contraste de similitud de medias  $T_2$  de Hotelling, para los ítems de cada una de las escalas.

Hemos evaluado la Validez de Construcción del cuestionario mediante un análisis factorial, previa comprobación de la idoneidad del método a través del test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

En todos los casos se ha considerado como límite de error el valor  $p \leq 0,050$ , para la constatación de significación estadística.

## **7. Requisitos éticos del estudio**

Para la realización de esta investigación hemos obtenido primeramente el beneplácito por parte de la Comisión de Formación e Investigación del Área Sanitaria de Ceuta, y por otro lado, el permiso de la participante a través del consentimiento informado por escrito, las cuales recibirán datos sobre el estudio y se les dará la libertad para decidir si participan en éste así como se les informará de la posibilidad de abandonar el estudio cuando quieran sin ningún tipo de consecuencias para ellas.

Actuaremos conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki (24).

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

Durante todo el trabajo se tendrán en cuenta los principios básicos de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Es importante señalar que los embarazados objetos de estudio no van a ser sometidas a ninguna intervención experimental, por lo cual su participación en el mismo no conlleva ningún riesgo añadido.

La información completa relacionada con la identidad de las embarazadas será considerada confidencial a todos los efectos, por lo que dicha identidad no podrá ser revelada ni divulgada.

### 8. Cronograma



## RESULTADOS

Descripción de la muestra objeto del estudio.

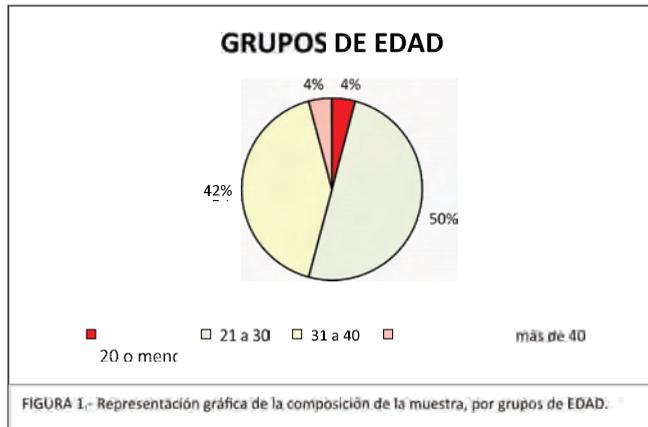
**TABLA 3.- Perfil de edad en la muestra. Valor promedio, Desviación Típica, Error Estándar de la Media, Mediana y valores máximo y mínimo.**

<b>EDAD (años)</b>	
Media	30,6
Desv. típ.	5,7
E.E.Media	0,47
Mediana	30
Mínimo	16
Máximo	45
N	144

**TABLA 4.- GRUPOS DE EDAD. Frecuencias por rangos de edad, en la muestra. Un 54,2% tiene 30 o menos años**

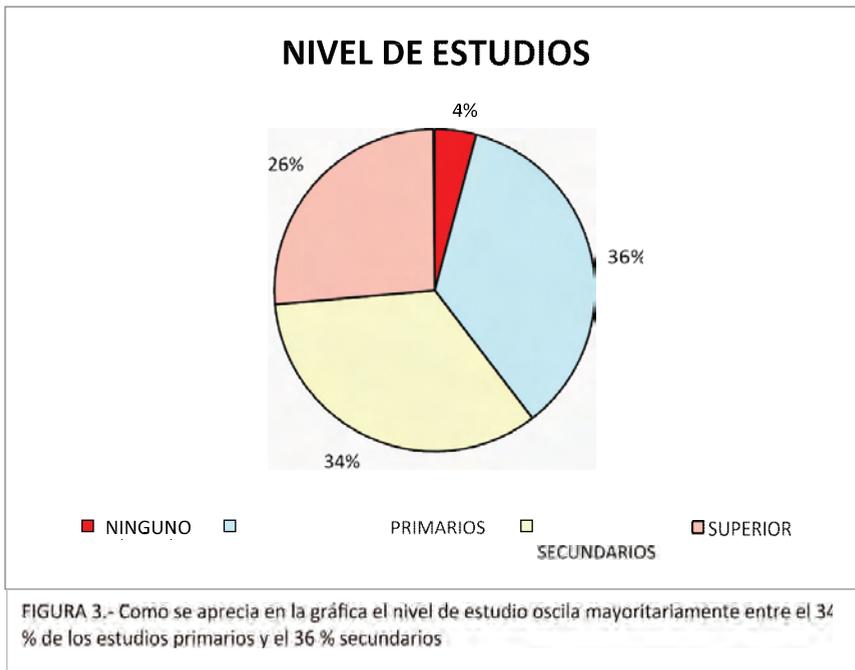
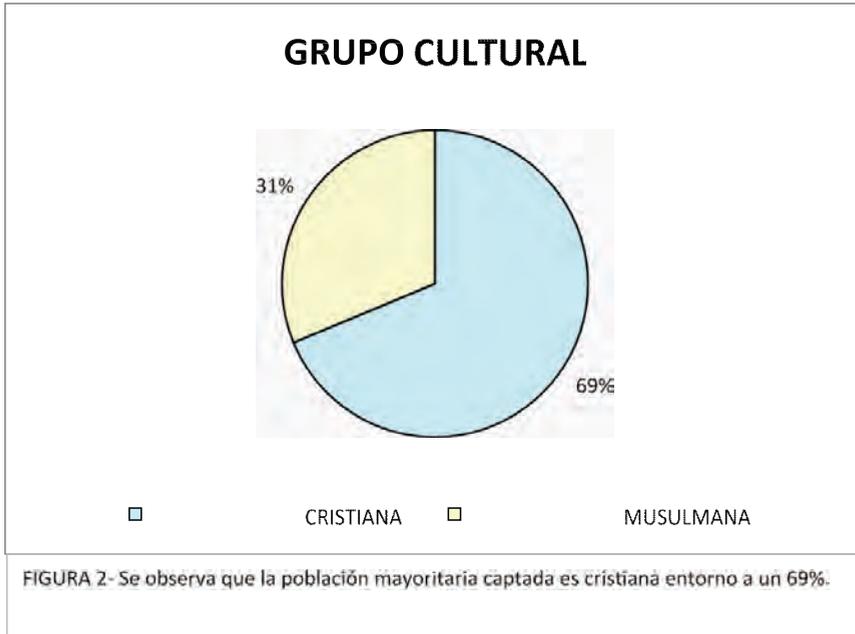
<b>EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Acum</b>
<b>GRUPOS DE EDAD</b> o menos a 30	6	4,2	4,2
31 a 40	72	50,0	54,2
más de 40	60	41,7	95,8
Total	6	4,2	100
	144	100	100

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal



**TABLA 5.- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.** En los diferentes paneles se describen las variables **GRUPO CULTURAL**, **ESTADO CIVIL**, **NIVEL DE ESTUDIOS Y SITUACIÓN LABORAL**, indicando en cada una de ellas la Frecuencia, el porcentaje sobre el total (%) y el porcentaje acumulado (Acum).

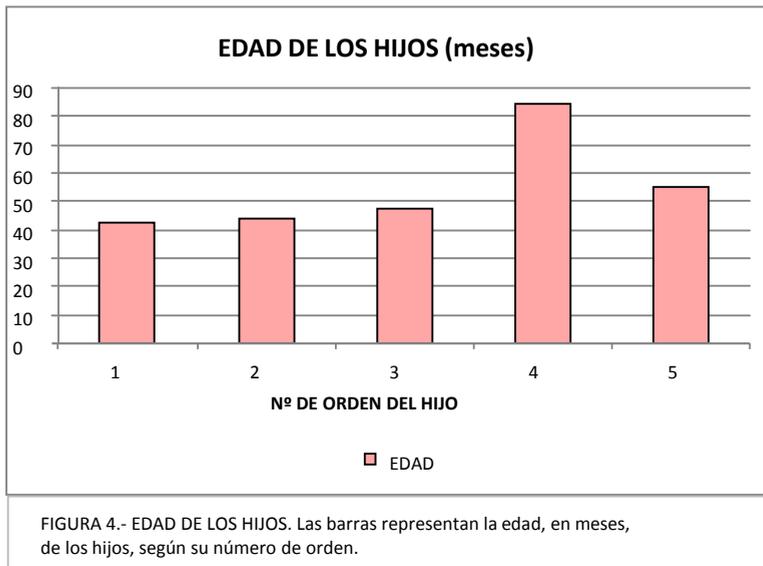
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		Frecuencia	%	Acum
<b>GRUPO CULTURAL</b>	CRISTIANA	99	68,8	68,8
	MUSULMANA	45	31,3	100
	Total	144	100	
<b>ESTADO CIVIL</b>	SOLTERA	7	4,9	4,9
	CASADA	131	91,0	95,8
	P HECHO	5	3,5	99,3
	SEPARADA	1	0,7	100
	Total	144	100	
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	NINGUNO	6	4,2	4,2
	PRIMARIOS	51	35,4	39,6
	SECUNDARIOS	49	34,0	73,6
	SUPERIOR	38	26,4	100
Total	144	100		
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	C. PROPIA	21	14,6	14,6
	C. AJENA	70	48,6	63,2
	NO TRABAJA	53	36,8	100
	Total	144	100	



## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

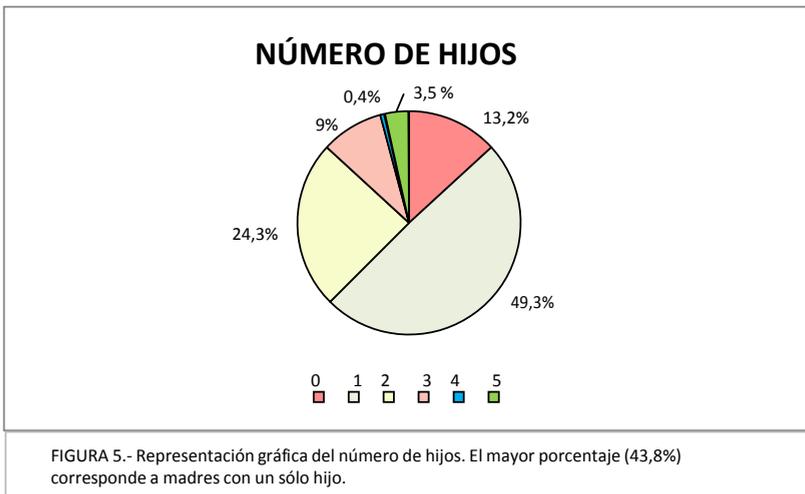
**TABLA 6.- Perfil de edad de los hijos medido en meses.  
Valor promedio, Desviación Típica, Error Estándar de la  
Media, Mediana y valores máximo y mínimo.**

<b>EDAD DE LOS HIJOS (meses)</b>					
<b>HIJO n°</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Media</b>	42,3	43,6	47,3	84,0	55,2
<b>Desv. típ.</b>	43,8	46,9	55,1	22,4	26,3
<b>Error típ. de 1</b>		6,64	12,64	10,04	11,76
<b>Mediana</b>	36	24	24	72	36
<b>Mínimo</b>	0,03	0,06	0,1	60	36
<b>Máximo</b>	204	168	156	108	84
<b>N°</b>	117	50	19	5	5



**TABLA 7.- Número de hijos, indicando en cada una de ellas la Frecuencia, el porcentaje sobre el total (%) y el porcentaje acumulado (Acum)**

<b>NÚMERO DE HIJOS</b>			
<b>HIJOS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Acum</b>
0	19	13,2	18,8
1	71	49,3	62,5
2	35	24,3	86,8
3	13	9,0	95,8
4	1	0,7	96,5
5	5	3,5	100
Total	144	100	



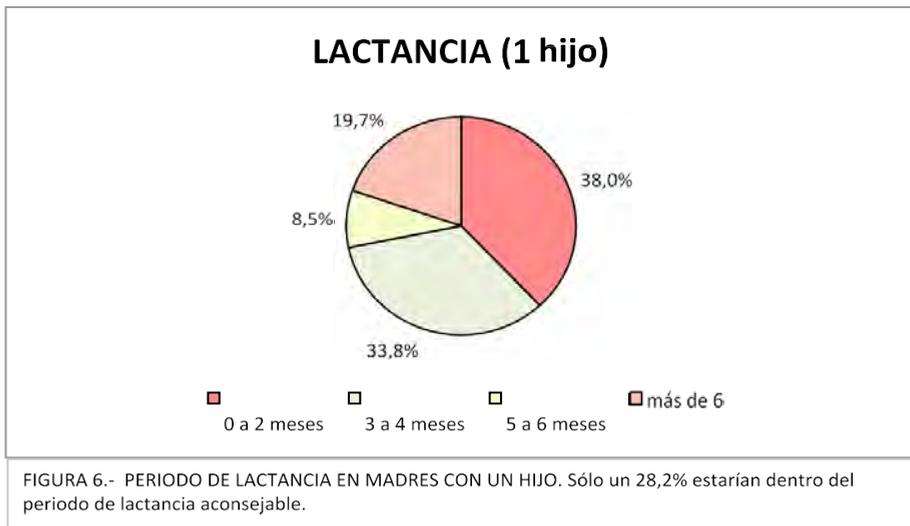
## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

A continuación exponemos los resultados sobre la lactancia:

**Tabla 8.- lactancia en madres con un hijo, indicando en cada una de ellas la Frecuencia, el porcentaje sobre el total (%) y el porcentaje acumulado (Acum).**

### LACTANCIA EN MADRES CON 1 HIJO

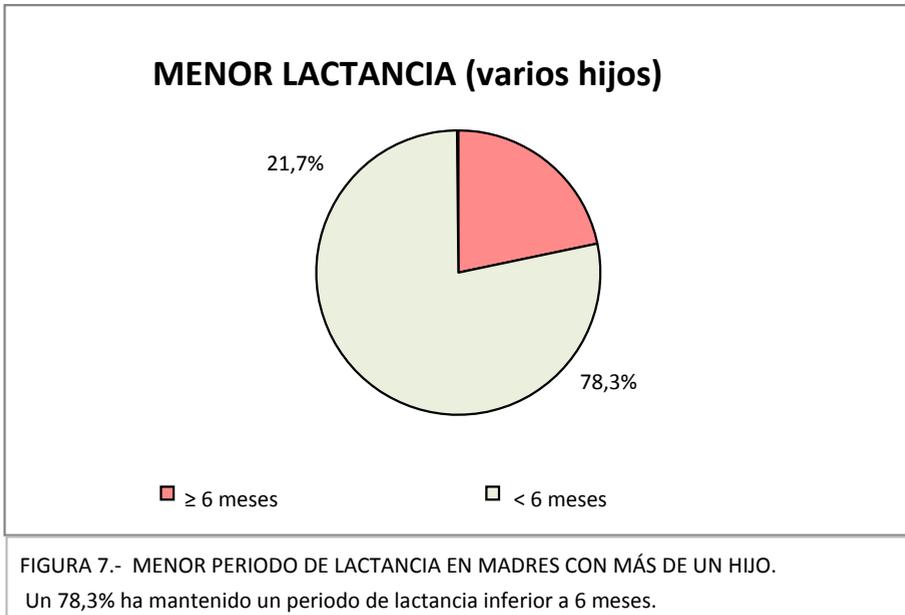
PERIODO	Frecuencia	%	Acum
0 a 2 meses	27	38,0	38,0
3 a 4 meses	24	33,8	71,8
5 a 6 meses	6	8,5	80,3
más de 6	14	19,7	100
Total	71	100	



**Tabla 9.- Mayor período de lactancia en madres con más de 1 hijo, indicando en cada una de ellas la Frecuencia, el porcentaje sobre el total (%) y el porcentaje acumulado.**

**MAYOR PERIODO EN MADRES CON MÁS DE 1 HIJO**

PERIODO	Frecuencia	%	Acum
≥ 6 meses	25	54,3	54,3
< 6 meses	21	45,7	100
Total	46	100	

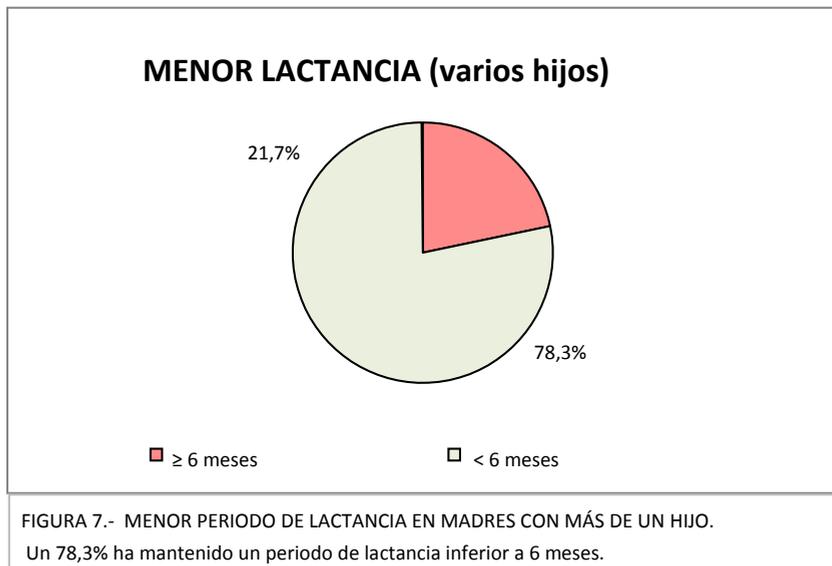


## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

**Tabla 11.- Lactancia mayor o igual a 6 meses a la mitad de los hijos, indicando en cada una de ellas la Frecuencia, el porcentaje sobre el total (%) y el porcentaje acumulado**

### LACTANCIA $\geq 6$ MESES A LA MITAD DE LOS HIJOS

PERIODO	Frecuencia	%	Acum
SI NO	21	45,7	46,8
	25	54,3	100
Total	46	100	



**TABLA 12.- En la presente tabla analizamos la validez y fiabilidad del cuestionario a través de 6 dimensiones y mediante el índice de  $\alpha$  Cronbach, y donde se aprecia un poder de asociación entorno al 80 %, demostrando la validez y fiabilidad del cuestionario.**

**ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL TEST**

	<b>PESOS FACTORIALES</b>	<b>Estadísticos de fiabilidad</b>	
<b>INFLUENCIA DEL CÍRCULO ÍNTIMO</b>	<b>ICI</b>	$\alpha$ Cronbach	n
Las opiniones y consejos de hermanas...	0,861		
Las opiniones y consejos de otra familia...	0,839		
Las opiniones y consejos de vecinas...	0,820		
Las opiniones y consejos de amigas...	0,797		
Las opiniones y consejos de cuñadas...	0,795		
Las opiniones y consejos de suegra... Las opiniones y consejos de madre...	0,688	0,927	7
<b>CONOCIMIENTO SOBRE LM</b>	<b>CL</b>		
Lactancia e infecc. gastrointest.	0,841		
Lactancia previene cáncer	0,840		
Las opiniones y consejos de libros... Apoyo y colaboración de mi pareja...	0,698		
Las opiniones y consejos de internet... Lactancia no previene alergias	0,673		
La leche extraída no aguanta ...	0,547		
Las opiniones y consejos de pareja... El compromiso de mi pareja es... Lactancia y no tomar medicamentos	0,526		
	0,520		
	0,481		
	0,460		
	0,421	0,868	9
<b>CREENCIAS NEGATIVAS</b>	<b>CN</b>		
Personal Auxiliar facilita ...	0,873		
Personal de Enfermería ofrece alternativa...	0,783		
Si mucho tiempo LM deformidad	0,626		
Resfriado, gripe, diarrea no son causa... Dar el pecho engorda	0,617		
Los profesionales, si estas cansada, ....	0,571		
	0,545	0,866	6
<b>CONFIANZA EN PROFESIONALES</b>	<b>CFP</b>		
Los médicos de AP te proporcionan informa...	0,844		
Los ginecólogos del C. Salud te proporcionan informa.... Si el niño no se adapta, siempre hay....	0,834		
Si el niño no se adapta, la matrona...	0,661		
Las matronas del C. Salud te proporcionan informa...	0,565		
	0,457	0,809	5

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

CREENCIAS TRADICIONALES-MITOS	CTM		
Poco pecho y lactancia	0,807		
Si sangra el pezón	0,720		
Hijas de madres no LM	0,611	0,796	3
INFLUENCIA LABORAL	IL		
Ausentarme del trabajo impide promoción...	0,797		
Ausentarme del trabajo podría causar problemas	0,774	0,781	2
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,649		
Prueba de esfericidad de Bartlett	p< 0,001		

**Tabla 13.- En esta primera dimensión se observa una alta influencia sobre consejos en la lactancia en familiares muy cercanos como la suegra, madre y hermanas, y en menor grado vecinas y otras familias**

### DIMENSIÓN I: INFLUENCIA CÍRCULO ÍNTIMO

	1	2	3	4	5	6	7
ITEM	Las opiniones y consejos de hermanas...	Las opiniones y consejos de otra familia...	Las opiniones y consejos de vecinas...	Las opiniones y consejos de amigas...	Las opiniones y consejos de cuñadas...	Las opiniones y consejos de suegra...	Las opiniones y consejos de madre...
Media Desv.	4,6	3,4	3,3	3,8	4,2	4,8	5,1
típ. E.E.M.	1,7	1,6	1,8	1,7	1,7	1,6	1,4
Mínimo	0,14	0,13	0,15	0,14	0,14	0,14	0,11
Máximo	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA
Mediana	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO
	5,0	4,0	3,0	4,0	5,0	6,0	6,0

**Tabla 14.- En esta segunda dimensión podemos ver existen aspectos como que la leche no aguanta al extraerla, la lactancia no previene de alergias, las opiniones de internet de poca utilidad.**

**DIMENSIÓN II: CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA**

ITEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Lactancia e infecc. gastrointest.	Lactancia previene cancer	Las opiniones y consejos de libros...	Apoyo y colaboración de mi pareja...	Las opiniones y consejos de internet...	Lactancia no previene alergias	La leche extraída no aguanta ...	Las opiniones y consejos de pareja...	El compromiso de mi pareja es...	Lactancia y no tomar farmacos
	4,5	4,2	3,7	4,0	3,1	3,5	3,4	4,1	4,0	3,2
	1,8	1,8	1,6	2,0	1,7	1,9	2,1	1,8	1,8	2,0
<b>Media Desv. ttp. E.E.M.</b>	0,15	0,15	0,14	0,17	0,14	0,16	0,18	0,15	0,15	0,17
<b>Mínimo</b>										
<b>Máximo</b>	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA
<b>Mediana</b>	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO
	5,0	5,0	4,0	5,0	3,0	3,0	2,0	5,0	4,0	2,0

**Tabla 15.- En cuanto a las creencias negativas destacar que existen ideas como que dar el pecho engorda, los profesionales no te motivan con la lactancia si estas cansada, o si estas resfriada no debes dar el pecho**

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

### DIMENSIÓN III: CREENCIAS NEGATIVAS

	1	2	3	4	5	6
<b>ITEM</b>	Personal Auxiliar facilita...	Personal de Enfermería ofrece alternativa...	Si mucho tiempo LM deformidad	Resfriado, gripe, diarrea no son causa...	Dar el pecho engorda	Los profesionales, si estas cansada, ....
<b>Media Desv. típ. E.E.M. Mínimo Máximo Mediana</b>	2,7	2,6	3,9	3,2	3,4	3,3
	1,8	1,7	2,0	2,1	2,1	1,9
	0,15	0,15	0,17	0,18	0,17	0,16
	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA
	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO
	2,0	2,0	4,0	2,0	2,0	2,0

**Tabla 16.- Valoran enormemente la figura de la matrona como profesional dedicado a la lactancia.**

### DIMENSIÓN IV: CONFIANZA EN PROFESIONALES

	1	2	3	4	5
<b>ITEM</b>	Los médicos de AP te proporcionan informa...	Los ginecólogos del C. Salud te proporcionan informa....	Si el niño no se adapta, siempre hay....	Si el niño no se adapta, la matrona...	Las matronas del C. Salud te proporcionan informa...
<b>Media Desv. típ. E.E.M. Mínimo Máximo Mediana</b>	2,4	2,5	3,8	4,1	5,3
	1,8	1,8	1,9	2,0	1,5
	0,15	0,15	0,16	0,17	0,12
	NADA	NADA	NADA	NADA	NADA
	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO
	2,0	2,0	4,0	5,0	6,0

**Tabla 17.- Se observan mitos arraigados como poco pecho es similitud de poca leche o si sangran el pezón no se da el pecho.**

**DIMENSIÓN V: CREENCIAS TRADICIONALES-MITOS**

ITEM	1	2	3
	Poco pecho y lactancia		Si sangra el pezón
<b>Media Desv.</b>	4,0	3,7	3,6
<b>típ. E.E.M.</b>	1,9	2,1	2,1
<b>Mínimo</b>	0,16	0,17	0,18
<b>Máximo</b>	NADA	NADA	NADA
<b>Mediana</b>	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO
	5,0	4,0	3,0

**Tabla 18.- En esta última dimensión se observa como el trabajo afecta en la continuación o comienzo de la lactancia.**

**DIMENSIÓN VI: INFLUENCIA LABORAL**

	Ausentarme del trabajo impide promocion...	Ausentarme del trabajo podría causar problemas
	3,2	2,9
<b>Media Desv.</b>	2,0	1,9
<b>típ. E.E.M.</b>	0,16	0,16
<b>Mínimo</b>	NADA	NADA
<b>Máximo</b>	NADA	NADA
<b>Mediana</b>	MUCHÍSIMO	MUCHÍSIMO
	2,0	2,0

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

**Tabla 19.-**

### MODELO 6 DIMENSIONES

DIMENSION	ICI	CL	CN	CFP	CTM	IL	PROMEDIO
<b>Media</b>	67,5	51,0	52,5	51,4	51,1	27,9	50,2
<b>Desv. típ.</b>	22,8	26,2	32,0	27,4	33,7	27,3	28,2
<b>E.E.M.</b>	1,94	2,24	2,69	2,35	3,41	2,76	2,6
<b>Mínimo</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>Máximo</b>	100	100	100	100	100	100	100
<b>Mediana</b>	71,4	50,0	50,0	48,0	40,0	20,0	46,6

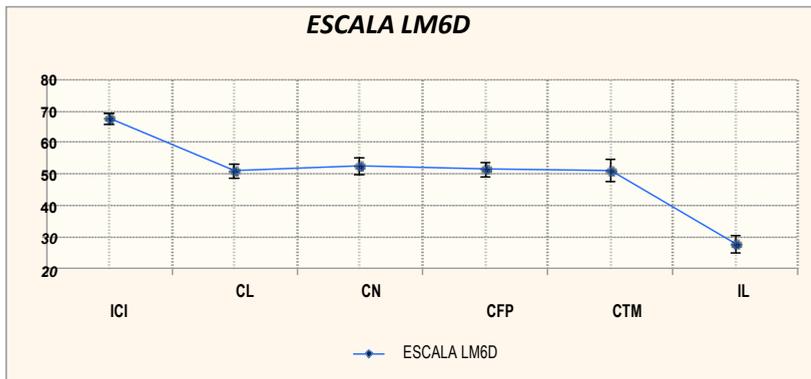


Figura 10- VALORES PROMEDIO DE LAS DIMENSIONES DE LA ESCALA LM6D. Los puntos indican los valores medios alcanzados por cada una de las dimensiones de la Escala de Evaluación sobre Lactancia Materna LM6D, con sus correspondientes errores típicos (barras de error). **ICI**: INFLUENCIA DEL CÍRCULO ÍNTIMO; **CL**: CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA; **CN**: CREENCIAS NEGATIVAS; **CFP**: CONFIANZA EN PROFESIONALES; **CTM**: CREENCIAS -TRADICIÓN- MITO; **IL**: INFLUENCIA LABORAL. La diferencia entre las dimensiones ICI e IL con el resto de la escala, resultaron significativas. (\*\*\*) P< 0.001.

## DISCUSIÓN

Como elementos de discusión destacar que durante la validación del cuestionario se han quitado preguntas porque en el método seguido indicaba que perturbaban el comportamiento del test. Inicialmente había tres bloques de preguntas en relación con INFLUENCIAS, INFORMACION PROFESIONAL, INFLUENCIA LABORAL y después del proceso en realidad se comprueba que describen las 6 dimensiones: Influencia del núcleo íntimo.

- Conocimiento sobre lactancia
- Creencias negativas.
- Confianza en profesionales.
- Creencias tradicionales-mitos.
- Influencia laboral.

Por otro lado existe un alto porcentaje de mujeres con más de 2 hijos que lactan más allá de los 6 meses frente a las mujeres que lactan menos de 6 meses en el caso que tienen 1 hijo, que no cumplen los datos estadísticos iniciales consultados en la bibliografía sobre baja tasa de lactancia más allá de 6 meses.

## CONCLUSIONES

En base al objetivo principal del estudio, hemos visto un perfil de mujer con una media de 30 años, cristiana, casada, con estudios primarios y empleada, con uno o dos hijos mayoritariamente, que lactan una media 2 meses y que en el caso de tener varios hijos sí lactan más de 6 meses.

Destacar que el cuestionario que hemos elaborado presenta un alta fiabilidad y validez para obtener datos sobre la incidencia y prevalencia de la lactancia en Ceuta, así aquellos aspectos que influyen en el mantenimiento y abandono de la misma.

Dentro de las dimensiones que incluimos en el estudio quiero destacar aspectos relevantes como alta influencia que tiene el círculo íntimo como madre, suegra, hermanas... en relación a la información sobre la lactancia. Otra dimensión como el conocimiento sobre la lactancia, podemos observar como aún existe cierta desinformación en aspectos tan relevantes como beneficios de la lactancia...

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

La dimensión sobre creencias negativas están enormemente arraigadas que pueden influenciar en el mantenimiento de la lactancia, así como aquellos mitos incorporados desde la infancia.

Por último existe una enorme influencia laboral en el abandono de la lactancia, y ahora más con la situación de crisis que estamos sufriendo.

En resumen se puede concluir que existe una baja tasa de lactancia menor a 6 meses que se asemeja en las halladas en la bibliografía consultada y que algunas áreas de la calidad de vida se ven afectadas de forma negativa.

Para concluir habría que plantearse diseñar una intervención directa duradera en el tiempo que disminuyera la baja tasa de lactancia materna más allá de los 6 meses, que sería el objeto de este trabajo y la segunda parte de mi trabajo.



## **II PARTE:**

# **“ESTUDIO DE LA EFICACIA DEL APOYO POSTNATAL DOMICILIARIO A MADRES CON LACTANCIA MATERNA”**

## **HIPÓTESIS**

La hipótesis de trabajo de la que se parte es que el apoyo postnatal domiciliario a madres con lactancia materna aumenta el número de meses que se mantiene el proceso de lactar y disminuye las pérdidas.

## **OBJETIVOS**

- Determinar la eficacia de la educación postnatal domiciliaria en relación con la prolongación en el tiempo de la lactancia materna.
- Identificar los factores determinantes del abandono de la lactancia materna.
- Diseñar un protocolo con estrategias adaptadas para mejorar la coordinación entre el hospital y el centro de salud en el seguimiento de la práctica de lactancia materna.

## **METODOLOGÍA**

### **1. Diseño del estudio**

La metodología empleada en este estudio se basa en una metodología combinada: investigación cuantitativa e investigación cualitativa. La elección

de esta metodología viene dada por la necesidad de entender y explorar más en profundidad en la situación de lactar, comprender la relación entre variables en esa situación y evaluar la eficacia de una intervención.

La investigación cuantitativa se realizará mediante el diseño de un estudio experimental, controlado, randomizado y abierto, permitiendo evaluar la eficacia del apoyo postnatal domiciliario en la duración del proceso de lactar y recoger variables o factores que puedan influir en la duración de la lactancia materna mediante un cuestionario.

La elección de la investigación cualitativa para este estudio viene dada por la necesidad de comprender la vivencia de lactar desde el interior del que vive el fenómeno, lo que ayudará al desarrollo de un apoyo postnatal adaptado y centrado en la persona.

## **2. Justificación del tamaño muestral**

Se estima que el apoyo maternal postnatal domiciliario podría reducir los fracasos en la duración de la lactancia materna en un 53% de los casos, asumiendo, por tanto, una diferencia de un 14% (53% versus 39%) <sup>[17]</sup>. Para una seguridad del 95% y un poder estadístico del 80%, ante un planteamiento bilateral sin pérdidas de información precisamos 106 mujeres en cada grupo. Asumiendo un 15% de pérdidas el tamaño muestral final sería de 125 mujeres en cada grupo <sup>[21]</sup>. El estudio se centra en el Hospital Universitario de Ceuta porque en el año 2011 dieron a luz 1645 mujeres; número suficiente para conseguir el tamaño muestral necesario <sup>[22]</sup>.

## **3. Muestreo**

Las mujeres que den su consentimiento para la realización del estudio serán asignadas mediante un proceso de aleatorización simple en dos grupos (grupo control y grupo de intervención). Las madres que den a luz los días impares recibirán apoyo postnatal domiciliario y las madres que den a luz los días pares recibirán atención convencional por su matrona y pediatra.

## **4. Definición de la población**

Las mujeres que dan a luz entre Enero del 2014 y Agosto del 2015, con inicio de lactancia materna, en el Hospital Universitario de Ceuta formarán la población de estudio.

#### **4.1. Criterios de inclusión**

- Mujeres sanas.
- Madres primíparas
- Madres que han iniciado la lactancia materna, es decir, que antes de las 48 horas del nacimiento han puesto al recién nacido directamente al pecho o le han dado leche materna extraída.
- Tener previsto residir en la ciudad de Ceuta durante la realización del estudio.
- Firma del consentimiento informado.

#### **4.2. Criterios de exclusión**

- Mujeres infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Mujeres infectadas por el virus de la leucemia humana de células T.
- Mujeres a tratamiento con fármacos contraindicados para la lactancia materna (medicamentos citotóxicos, radioactivos o medicamentos que afecten al niño)
- Mujeres consumidoras de heroína, cocaína, anfetamina y marihuana.
- Madres con diagnóstico de enfermedad mental severa (psicosis, eclampsia, shock,...)
- Recién nacidos severamente enfermos, que requieren de cirugía e ingreso en la unidad de cuidados intensivos.
- Recién nacidos con peso al nacer inferior a 2500 gr.
- Recién nacidos con deficiencias metabólicas: galactosemia, fenilcetonuria,...
- Recién nacidos con una pérdida aguda de agua.
- Recién nacidos con paladar hendido, labio leporino y anquiloglosia.
- Mujeres múltiparas

#### **4.3. Variable independiente**

El apoyo postnatal domiciliario a madres con lactancia materna, definido en el punto anterior, constituye la variable independiente de este estudio.

#### 4.4. Variables dependientes

La duración de la lactancia materna entendida como la edad del recién nacido en el momento en que la madre deja de lactar por completo, es una de las variables dependientes de este estudio. Otras variables dependientes son el tipo de lactancia materna en cada una de las visitas domiciliarias, la eficacia de la toma de pecho, la satisfacción autopercebida del paciente al terminar la intervención, la vivencia personal con la lactancia materna y el dolor durante la lactancia.

**Tabla 20. Variables dependientes**

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>INSTRUMENTO DE MEDIDA</b>
Duración de lactancia materna	Cuantitativa	Hoja de situación actual de lactancia
Tipo de lactancia	Cualitativa	Hoja de situación actual de lactancia
Eficacia de la toma de pecho	Cualitativa	Hoja de situación actual de lactancia y de observación de la toma de pecho.
Satisfacción autopercebida	Cualitativa	Hoja de valoración de la intervención
Vivencia personal con la lactancia materna	Cualitativa	Entrevista semiestructurada y notas de campo
Dolor durante la lactancia	Cuantitativa	Hoja de situación actual de lactancia

#### 4.5. Variables de control

En las variables de control se incluyen las características demográficas, el tipo de parto, la asistencia a clases prenatales, el tipo de embarazo según número de fetos, la presencia de antecedentes familiares con lactancia materna, el contacto piel con piel en el momento del parto, la realización de la primera toma en el paritorio, el deseo de lactancia hasta los seis meses, el tipo de pezón, el tipo de lactancia prevista antes del parto, la presencia de

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

problemas en los pechos, el tipo de lactancia tras la incorporación al trabajo, el tipo de lactancia según la extracción y el contacto con grupos de apoyo

**Tabla 21.- Variables de control**

VARIABLES DE CONTROL	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE MEDIDA
Edad	Cuantitativa	Hoja de datos generales
Nivel educativo	Cualitativa	Hoja de datos generales
Trabajo	Cualitativa	Hoja de datos generales
Estado civil	Cualitativa	Hoja de datos generales
Tipo de parto	Cualitativa	Hoja de datos generales
Asistencia a clases prenatales	Cualitativa	Hoja de datos generales
Antecedentes familiares de lactancia	Cualitativa	Hoja de datos generales
Contacto piel con pie en el momento del parto	Cualitativa	Hoja de datos generales
Primera toma de lactancia en el paritorio	Cualitativa	Hoja de datos generales
Deseo de lactancia hasta los 6 meses	Cualitativa	Hoja de datos generales
Tipo de pezón	Cualitativa	Hoja de datos generales
Tipo de lactancia prevista antes del parto	Cualitativa	Hoja de datos generales
Problemas en los pechos	Cualitativa	Hoja de situación actual De lactancia
Tipo de lactancia tras incorporarse al trabajo	Cualitativa	Hoja de situación actual de lactancia
Tipo de lactancia materna según extracción	Cualitativa	Hoja de situación actual De lactancia
Contacto con grupos de apoyo	Cualitativa	Hoja de situación actual De lactancia

## **5. Descripción de la intervención** <sup>[21, 22, 23]</sup>

### **5.1. Grupo intervención**

En los seis primeros meses tras el parto las madres asignadas en el grupo de intervención recibirán apoyo postnatal domiciliario por parte de la investigadora, entrenada para ello. Mediante una guía educativa (tabla 1) se instruirá a las madres sobre los aspectos importantes de la lactancia materna.

#### **PRIMERA SEMANA**

Durante la primera semana tras el alta hospitalaria las madres recibirán en su domicilio dos visitas de la investigadora. En estas dos visitas la enfermera explicará a las madres los beneficios de la lactancia materna, las técnicas adecuadas para realizar una alimentación al pecho, los cuidados de las mamas e informará sobre los grupos de apoyo localizados cerca de su domicilio. La investigadora cubrirá en una de las dos visitas un cuestionario sobre los datos generales de la madre.

#### **SEGUNDA SEMANA**

En la segunda semana de vida del recién nacido la investigadora acudirá en dos ocasiones al domicilio de las madres. En estas visitas el apoyo enfermero se centrará en la prevención/solución de problemas que puedan interferir con la lactancia materna y en la información sobre las nuevas necesidades nutricionales de la madre.

#### **TERCERA SEMANA**

Durante la tercera semana postparto la investigadora realizará nuevamente otras dos visitas al domicilio de las madres. En esta etapa el apoyo postnatal enfermero se centrará en técnicas de extracción y almacenamiento de la leche materna y en la capacitación de las madres para afrontar la negativa social al amamantamiento.

#### **PRIMER MES**

Durante el primer mes de vida del recién nacido la investigadora realizará solamente una visita postparto; ya que la mayoría de las madres abandonan

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

la lactancia materna en las primeras semanas <sup>[18,1]</sup>. En esta visita la investigadora informará a la madre de las posibles opciones anticonceptivas y de las relaciones sexuales tras el parto. En este contacto con las madres y en posteriores, se tratarán temas planteados por las madres; ya que la lactancia materna seguramente será eficaz y por tanto el apoyo será más individualizado.

### **SEGUNDO MES**

Durante la visita domiciliaria del segundo mes postparto la investigadora abordará el tema de trabajo y lactancia, mostrándole a la madre las posibles opciones laborales para continuar con la lactancia. Al igual que en el mes anterior se tratarán temas planteados por las madres, con el fin de solucionar problemas específicos de cada una.

### **TERCER MES**

El apoyo postnatal domiciliario en el tercer mes se basará en un contacto con la madre con el fin de que esta nos transmita su vivencia personal con la lactancia materna. La recogida de datos se realizará mediante una entrevista semiestructurada. La información aportada por las lactantes se recogerá con una grabadora para acercarse lo más posible a la naturalidad de la situación. De forma simultánea a las entrevistas se recogerán datos del lenguaje no verbal de las madres mediante la observación. La investigadora explicará a las madres que en cualquier momento puede interrumpir la entrevista o negarse a contestar algunas preguntas. La investigadora dispondrá de un cuaderno de campo para anotaciones de especial importancia para la pregunta de investigación: elementos importantes de las respuestas de las madres e información sobre el desarrollo de la entrevista.

### **CUARTO MES**

Durante la visita domiciliaria del cuarto mes la investigadora informará a las madres de la importancia de continuar el mayor tiempo posible la lactancia materna. Las madres tendrán la oportunidad de proponer temas que les inquieten para tratarlos junto con la investigadora.

## **QUINTO MES**

En la visita domiciliaria del quinto mes de vida del recién nacido la investigadora abordará con la madre el tema de iniciación de la alimentación complementaria, ya que a partir del sexto mes se pueden ir introduciendo a la alimentación del lactante alimentos sólidos.

## **SEXTO MES**

En la última visita del apoyo postnatal domiciliario se les pedirá a las madres que realicen una valoración del apoyo recibido por parte de la investigadora. Se les comunicará que se realizará mediante un cuestionario totalmente anónimo que ellas mismas enviarán a la dirección de correo indicada. Durante esta visita la investigadora realizará nuevamente una entrevista con la madre acerca de su vivencia con la lactancia. Esta entrevista se realizará siguiendo las mismas pautas que en el tercer mes.

La lactancia materna es una habilidad práctica y arte de ejecución, por tanto a la hora de impartir el apoyo postnatal se enseñará a las madres desde el punto de vista práctico más que del teórico <sup>[18]</sup>. El apoyo postnatal domiciliario es en todo momento individualizado a cada madre atendiendo a las necesidades de cada una de ellas, por tanto los temas tratados en cada una de las visitas pueden variar; se trata de una guía orientativa. En todas las visitas domiciliarias se realizará la valoración de una toma de pecho, para determinar si existe una lactancia materna ineficaz, y se cubrirá la hoja del estado actual de lactancia. No se realizará ningún cambio en las revisiones convencionales pautadas por la matrona y por el pediatra. Para los días en los que no hay visita al domicilio se les proporcionará a las madres un teléfono de contacto y un correo electrónico para que contacten en caso de problemas con la lactancia.

## **5.2. Grupo control**

En los seis primeros meses tras el parto las madres asignadas en el grupo control acudirán a las revisiones convencionales con la matrona y el pediatra. Con la entrega del consentimiento informado las madres recibirán también la hoja de datos generales para que la cubran. La investigadora acudirá al domicilio de las madres una vez a la semana durante el primer mes postparto y partir de esta fecha acudirá una vez al mes hasta finalizar la intervención. En estas visitas completará la hoja del estado actual de lactancia y se realizará una valoración de la toma de pecho. En el tercer mes y en el sexto mes se lle-

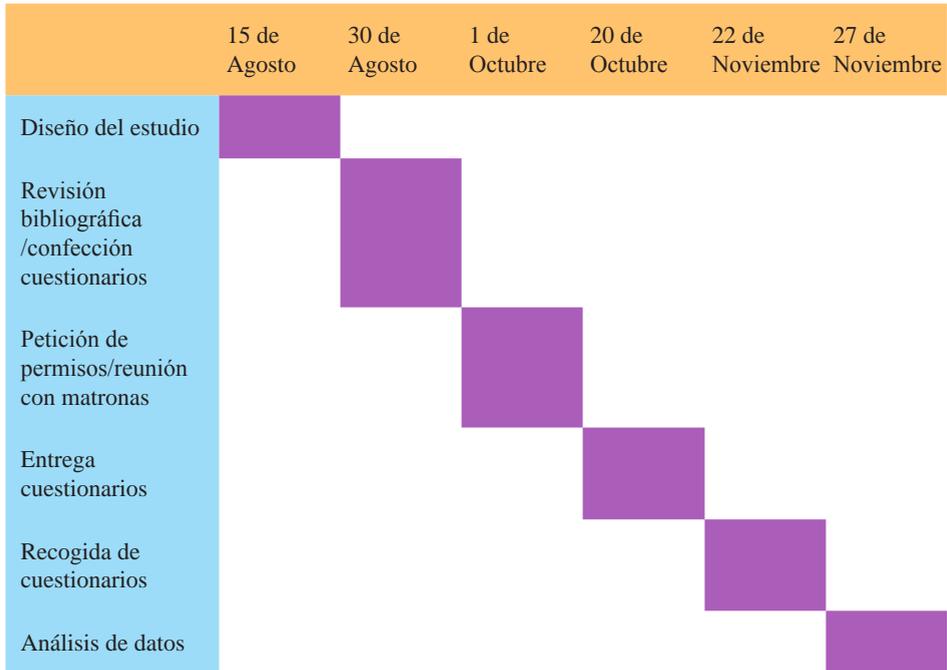
## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

vará a cabo la entrevista acerca de su vivencia personal con la lactancia materna al igual que en el grupo intervención.

**Tabla 22. Descripción del apoyo postnatal domiciliario.**

<b>SEMANAS/MESES POSTPARTO</b>	<b>APOYO POSTNATAL DOMICILIARIO</b>
<b>PRIMERA SEMANA</b>	Beneficios de la lactancia materna para la madre y para el niño Técnicas adecuadas para la alimentación al pecho: Posturas adecuadas para dar el pecho Amamantamiento a demanda Amamantamiento sin restricción Frecuencia y duración de las tomas Uso del chupete Cuidado de las mamas Grupos de apoyo
<b>SEGUNDA SEMANA</b>	Prevención/solución de problemas que puedan interferir con la lactancia materna: Dolor en los pezones Congestión mamaria Percepción de producción láctea insuficiente y llanto del bebé Necesidades nutricionales de la madre
<b>TERCERA SEMANA</b>	Técnicas de extracción y almacenamiento de leche materna: Métodos de extracción Procedimiento de almacenamiento Esterilización de todo el equipo de extracción y almacenaje Técnicas para afrontar la negativa social al amamantamiento.
<b>PRIMER MES</b>	Opciones anticonceptivas. Relaciones sexuales
<b>SEGUNDO MES</b>	Trabajo y lactancia
<b>TERCER MES</b>	Vivencia personal con la lactancia materna
<b>CUARTO MES</b>	Importancia de la continuidad de la leche materna
<b>QUINTO MES</b>	Iniciación de la alimentación complementaria
<b>SEXTO MES</b>	Valoración de la madre del apoyo recibido Vivencia personal con la lactancia materna

## 6. Cronograma



## 7. Análisis de datos

### 7.1. Investigación cuantitativa

Se realizará un estudio descriptivo de las variables obtenidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresan como media  $\pm$  desviación típica. Las variables cualitativas se expresan como valor absoluto y porcentaje. Para comparar medias en relación a variable cualitativa dicotómica se realizará la T-Student o test de Mann-Whittney según proceda tras comprobación de la normalidad de las variables cuantitativas con el test de Kolgomorov Smirnov. Para la comparación múltiple de medias se utilizará el análisis de la varianza ANOVA. Para determinar la asociación de variables cualitativas entre sí se utilizará el test estadístico de Chi- cuadrado y a su vez se estimará el odds ratio con un 95% de intervalo de confianza. Finalmente para determinar que variables se encuentran asociadas con la probabilidad de tener el evento de interés (variable dicotómica) se realizará un análisis multivariado de regresión logística. Para el

análisis estadístico de los datos recogidos se empleará el programa informático SPSS versión 18.

## **7.2. Investigación cualitativa**

Se realizará un análisis de datos siguiendo un proceso circular entre la recolección de los datos y la interpretación de los mismos, lo que obliga al investigador a reflexionar permanentemente sobre el proceso entero de investigación y sobre los casos particulares a la luz de los demás. Para el análisis de datos procedentes de la investigación cualitativa se empleará el programa informático Atlas – ti 5.0.

Este es un potente conjunto de herramientas para el análisis cualitativo de grandes cuerpos de datos textuales, gráficos y de vídeo. La sofisticación de las herramientas le ayuda a organizar, reagrupar y gestionar su material de manera creativa y, al mismo tiempo, sistemática. ATLAS.ti le permite mantenerse centrado en el propio material de investigación.

La recogida de datos se dará por terminada cuando se consiga la saturación teórica en el análisis de los mismos <sup>[26, 27]</sup>.

El análisis de los datos cursará del siguiente modo:

- a. Transcripción de la experiencia vivida en un texto para su posterior análisis.
- b. Búsqueda de la similitud de la experiencia vivida.
- c. Identificación de las unidades de significado expresadas por los pacientes en el texto.
- d. Síntesis de las unidades de significado para llegar a la esencia del fenómeno a través de la construcción de categorías temáticas.

El análisis de datos será llevado a cabo por dos personas, el investigador y un especialista en investigación cualitativa, con el fin de contrastar los análisis de cada uno. Una vez realizado el informe final, éste será sometido a la valoración de las madres con el fin de enriquecer o corregir las interpretaciones realizadas.

## **8. Limitaciones del estudio**

Existe la posibilidad de un sesgo de selección ya que puede que existan pérdidas durante el seguimiento de las madres y dificultades a la hora de contac-

tar ellas. Para determinar hasta qué punto los datos encontrados son reales, se estudiarán las diferentes publicaciones sobre este tema para ver la consistencia de los resultados.

Para minimizar los sesgos de información; el apoyo a las madres será realizado por la misma persona y las entrevistas cualitativas serán transcritas por el investigador y por una persona especialista ajena a la investigación.

Para controlar el posible efecto confusor se va a recoger información sobre las variables que pueden influir en la duración de la lactancia materna. Además haremos un análisis multivariado de regresión logística.

Para concretar la precisión del estudio se estudiarán para una seguridad del 95% y un poder estadístico del 80%, ante un planteamiento bilateral sin pérdidas de información y asumiendo un 15% de pérdidas a 125 mujeres en cada grupo.

Existirá la posibilidad de prolongar en el tiempo el estudio si el tamaño muestral resulta insuficiente, debido a que la selección de participantes se realiza a medida que se aplica la intervención y la posibilidad de incorporar a una enfermera entrenada para el apoyo postnatal si existiese una carga excesiva de trabajo para la investigadora.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi tutor, Jesús Ramírez, por su dedicación y atención incondicionales.

A las matronas de los 3 Centros de Salud de Ceuta: Carmen, Lucía y Sara por su inestimable ayuda con los cuestionarios.

A Sara Trasierra y Milagros Villegas, matronas y antiguas residentes de matronas de la Unidad Docente de Ceuta, por inestimable contribución en este trabajo.



## BIBLIOGRAFÍA

1. 10 datos sobre lactancia materna [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2009 [acceso 26 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/index.html>.
2. Taveras EM, Scanlon KS, Birch L, Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Association of breastfeeding with maternal control of infant feeding at age 1 year. *Pediatrics*. 2004; 114(5):e577-83.
3. Sguassero Y. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 [acceso 24 de marzo de 2010]. Disponible en: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/care\\_after\\_childbirth/yscom/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/).
4. Instituto Nacional de Estadística [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e Ine; 2006 [acceso 24 de marzo de 2010]. Encuesta Nacional de Salud 2006: Tipo de lactancia según sexo y comunidad autónoma. población de 6 meses a 4 años. Disponible en: [http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2006/p03/10/&file=0311\\_1.px](http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2006/p03/10/&file=0311_1.px).
5. Breastfeeding Report Card United States. [Internet]. United States: Centers for Disease Control and Prevention; 2009 [acceso 10 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2009BreastfeedingReportCard.pdf>
6. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. 2008; 122 Suppl 2: S69-76.
7. The Cochrane Library, 2008 Issue 3. [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; 2008 [acceso 24 de marzo de 2010]. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida).Disponible en: <http://www.update-software.com>.

8. Dyson L, Renfrew M, McFadden, McCormick F, Herbert G, Thomas J. Promotion of breastfeeding initiation and duration [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005 [acceso 12 febrero de 2010]. Disponible en: [http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/EAB\\_Breastfeeding\\_final\\_version.pdf](http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/EAB_Breastfeeding_final_version.pdf).
9. IV Congreso Español de Lactancia Materna. Puerto de la Cruz Tenerife; 26-28 de Octubre 2006. Valencia: Iniciativa Hospital amigo de los niños; 2006.
10. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008; 122 Suppl 2: S43-9.
11. Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding. *BMJ*. 2004; 328(7430):26.
12. UNICEF, Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia [sede web]. Valencia: UNICEF; 2008 [actualizada el 13 de marzo de 2010; acceso el 23 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.ihan.es/>
13. Bonuck KA, Trombly M, Freeman K, McKee D. Randomized, controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics*. 2005; 116(6):1413-26.
14. V Congreso Español de lactancia materna. Murcia; 5-7 de Marzo 2009. Valencia: Iniciativa Hospital Amigo de los Niños; 2009.
15. Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT, Ng FS, Rauff M. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007; 335(7620): 596.
16. McDonald SJ, Henderson JJ, Faulkner S, Evans SF, Hagan R. Effect of an extended midwifery postnatal support programme on the duration of breast feeding: a randomised controlled trial. *Midwifery*. 2010; 26(1):88-100.
17. Hoddinott P, Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. *BMJ*. 1999; 318(7175):30-4.
18. Shealy KR, Scanlon KS, Labiner-Wolfe J, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Characteristics of breastfeeding practices among US mothers. *Pediatrics*. 2008; 122 Suppl 2: S50-5.

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

19. Flower KB, Willoughby M, Cadigan RJ, Perrin EM, Randolph G; Family Life Project Investigative Team. Understanding breastfeeding initiation and continuation in rural communities: a combined qualitative/quantitative approach. *Matern Child Health J.* 2008; 12(3):402-14.
20. Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año. Guía de práctica clínica basada en la evidencia [Internet]. Valencia: Pediatría Atención Primaria; 2004 [acceso 24 de marzo de 2010]. Disponible en: [http://www.aeped.es/pdf-docs/lm\\_gpc\\_peset\\_2004.pdf](http://www.aeped.es/pdf-docs/lm_gpc_peset_2004.pdf).
21. Huggins K. Todo lo que necesita saber para amamantar bien. Barcelona: Medici; 2006.
22. Routine postnatal care of women and their babies [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006 [acceso 20 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10988/30144/30144.pdf>.
23. Coffey A, Atkinson P. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante; 2003.
24. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2007 [acceso 25 de marzo de 2010] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf)
25. Fein SB, Mandal B, Roe BE. Success of strategies for combining employment and breastfeeding. *Pediatrics.* 2008; 122 Suppl 2: S56-62.
26. Keister D, Roberts KT, Werner SL. Strategies for breastfeeding success. *Am Fam Physician.* 2008; 78(2):225-32.
27. Toma TS, Rea MF. [Benefits of breastfeeding for maternal and child health: an essay on the scientific evidence]. *Cad Saude Publica.* 2008; 24 Suppl 2: S235-46.



# **ANEXOS**



## ANEXO I

A la atención de la Comisión de Formación e Investigación del Área Sanitaria de Ceuta, INGESA.

Asunto: Permiso para trabajo de investigación.

De: Luciano Rodríguez Díaz, Matrón de Atención Especializada de Ceuta.

Como trabajo fin de Doctorado que he cursado en la Universidad de Granada, quiero llevar a cabo en los centros de salud del Área Sanitaria de Ceuta, el trabajo de investigación titulado “Estudio de la eficacia del apoyo postnatal domiciliario a madre con lactancia materna en Ceuta”

El objetivo principal de dicho trabajo es identificar los factores del abandono de la lactancia materna y realizar un programa de intervención para evitar el abandono en los Centros de Salud de Otero, Recinto y Tarajal de la ciudad de Ceuta y su calidad de vida.

Este estudio se iniciará en octubre, para finalizar en diciembre el presente año.

Espero tengan a bien concederme el permiso pertinente para su realización, para ello les adjunto esquema del trabajo.

Reciban un cordial saludo.

Fdo: Luciano Rodríguez Díaz

En Ceuta a 24 de octubre de 2013



## **ANEXO II**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EMBARAZADA Y PUERPERA**

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN TRABAJO DE INVESTIGACION EN EL ÁREA SANITARIA DE CEUTA, TITULADO: “ESTUDIO DE LA EFICACIA DEL APOYO POSTNATAL DOMICILIARIA MADRES CON LACTANCIA MATERNA”

Se va a realizar en Atención Primaria del Área Sanitara de Ceuta un trabajo de investigación cuya finalidad es obtener información: “sobre la información que presenta la mujer sobre la lactancia, falsos mitos y factores que influyan en el mantenimiento de la lactancia”

Para realizarlo solicitamos su participación de forma voluntaria. Esta consistirá en contestar una serie de preguntas relacionadas con el tema del estudio.

Este trabajo está autorizado por la Comisión de Formación e Investigación del Área Sanitaria de Ceuta, INGESA. Será realizado por un grupo de matronas junto con otros colaboradores y no conlleva ningún tipo de riesgo para usted.

Por supuesto no es una actividad obligatoria, ni su rechazo a participar influirá en el proceso de atención de su embarazo ni en el trato que va a recibir; tiene derecho a abandonarlo libremente en cuanto quiera y le informamos que no se dará ninguna compensación económica por participar en él.

Debe saber que aunque se trate de un trabajo de investigación todos los datos personales recogidos serán tratados con la más estricta confidencialidad de forma que no se viole su intimidad personal. Los resultados de este trabajo serán puramente estadísticos y en ningún momento aparecerá ninguna información personal o de identidad de ningún participante.

Luciano Rodríguez Díaz

Este trabajo y cualquier resultado obtenido podrá ser publicado en revistas sanitarias y presentado en foros de divulgación científica.

Si necesita alguna aclaración o tiene alguna consulta no dude en preguntar al personal sanitario que le atiende. Le agradecemos su atención y su colaboración en esta investigación que proporcionará una valiosa información para la salud de las embarazadas.

Doy mi autorización para participar en el trabajo de investigación objeto de este consentimiento, que me ha sido explicado previamente y he entendido, y presto libremente mi conformidad para participar en dicho estudio.

Nombre de la gestante o puerpera:

Fecha:

DNI:

Firma

## **ANEXO III**

### **CUESTIONARIOS SOBRE LACTANCIA MATERNA – L M . 3D**

#### **INSTRUCCIONES:**

Este cuestionario intenta medir los factores que se relacionan con la lactancia materna, la cual se define como la alimentación del niño directamente del pecho de su madre durante, al menos, y como recomienda la OMS y UNICEF, los primeros seis meses de su vida. Los datos recogidos serán confidenciales y se utilizarán sólo para dicho fin.

Conteste cada pregunta tal como se indica Si no está segura de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

## Luciano Rodríguez Díaz

Indica tu edad: \_\_\_\_\_ años

Dinos a que grupo religioso-cultural pertenece:

- a. Musulmana.
- b. Cristiana.
- c. Hebrea.
- d. Hindú.

Lugar de residencia (barriada) \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu estado civil?

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Viuda
- d. Pareja de hecho
- e. Separada.

Indique su nivel de estudios:

- a. Ninguno
- b. Primarios
- c. Secundarios
- d. Superior.

Número de personas que conviven en su domicilio: \_\_\_\_\_

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

Tipo de trabajo actual

- a. por cuenta propia
- b. Por cuenta ajena

Antigüedad en su trabajo actual \_\_\_\_\_ años

Trabajos anteriores

- a. sí
- b. no.

En caso afirmativo, el cambio de trabajo fue para:

- a. Peor
- b. Mejor.

¿Dispones de número de Seguridad Social?:

- a. Si
- b. No.

Por favor, indícanos por cada uno de tus hijos, su edad correspondiente y el tipo de parto (normal o cesárea)

1º hijo \_\_\_\_\_ meses/años. \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Cesárea.  
2º hijo \_\_\_\_\_ meses/años. \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Cesárea.  
3º hijo \_\_\_\_\_ meses/años. \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Cesárea.  
4º hijo \_\_\_\_\_ meses/años. \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Cesárea.  
5º hijo \_\_\_\_\_ meses/años. \_\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_\_ Cesárea.

Luciano Rodríguez Díaz

Si tienes un hijo, ¿cuánto tiempo le distes el pecho?:

- a. De 0 a 2 meses
- b. De 3 a 4 meses
- c. De 5 a 6 meses
- d. Más de 6 meses.

Si tienes 2 ó más hijos:

- 1. ¿Cuánto tiempo  
fue el máximo?: \_\_\_\_\_ meses
- 2. ¿Cuánto tiempo  
fue el mínimo?: \_\_\_\_\_ meses
- 3. ¿Distes 6 meses o  
más el pecho a la mitad de tus hijos?
  - a. Si
  - b. No

Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

INDICA TU GRADO DE CONFORMIDAD  
O DISCONFORMIDAD CON LAS  
SIGUIENTES OBSERVACIONES, siendo:  
(1) total desacuerdo y (6) total acuerdo.

Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir toda la leche que sus hijos necesitan.

1	2	3	4	5	6

Las hijas de madres que no pudieron amamantar por carecer de suficiente leche, es habitual que tengan el mismo problema cuando sean madres.

1	2	3	4	5	6

Si los pezones sangran, no se puede dar el pecho.

1	2	3	4	5	6

Dar el pecho durante mucho tiempo es el culpable de la deformidad de los mismos.

Luciano Rodríguez Díaz

1	2	3	4	5	6

Dar el pecho engorda.

1	2	3	4	5	6

P-13 De 1 á 6, el grado de compromiso de tu pareja, en el cuidado del bebé es:

1	2	3	4	5	6

**INDICA LA IMPORTANCIA QUE TIENEN  
LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES,  
PARA LOGRAR EL OBJETIVO DE LA  
LACTANCIA MATERNA:  
(1) Nada importante (6) Muy importante**

Las opiniones y consejos de mi pareja:

1	2	3	4	5	6

Las opiniones y consejos de mi madre:

1	2	3	4	5	6

Las opiniones y consejos de mi suegra:

1	2	3	4	5	6

Las opiniones y consejos de mis hermanas:

1	2	3	4	5	6

## Luciano Rodríguez Díaz

Las opiniones y consejos de mis cuñadas:

1	2	3	4	5	6

Las opiniones y consejos de otros familiares:

1	2	3	4	5	6

Las opiniones y consejos de mis amigas próximas:

1	2	3	4	5	6

Las opiniones y consejos de mis vecinas:

1	2	3	4	5	6

Las opiniones y consejos de artículos de prensa y libros:

1	2	3	4	5	6

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

Las opiniones y consejos obtenidos en internet:

1	2	3	4	5	6

La madre en el periodo de lactancia no puede tomar ningún fármaco.

1	2	3	4	5	6

La leche extraída de la madre no puede ser utilizada más tarde de una hora.

1	2	3	4	5	6

Enfermedades como resfriado, gripe, diarrea, dolor de garganta no son causas suficientes para dejar de dar el pecho.

1	2	3	4	5	6

La lactancia materna se asocia a una menor probabilidad de cáncer de mama y ovarios.

1	2	3	4	5	6

Luciano Rodríguez Díaz

La lactancia materna previene al bebe de infecciones gastrointestinales.

1	2	3	4	5	6

La lactancia materna no previene de alergias al bebe.

1	2	3	4	5	6

El apoyo y colaboración de mi pareja es decisivo para conseguir el objetivo de la lactancia materna.

1	2	3	4	5	6

**EN RELACIÓN CON TUS ACTIVIDADES  
LABORALES MANIFIESTA TU GRADO  
DE ACUERDO (6) O DESACUERDO (1)  
SOBRE LAS SIGUIENTES  
AFIRMACIONES:**

Ausentarme de mi trabajo para dar de mamar a mi hijo, podría causarme futuros problemas en la empresa.

1	2	3	4	5	6

Ausentarme de mi trabajo para dar de mamar a mi hijo, podría impedir mi promoción en la empresa.

1	2	3	4	5	6

**EN RELACIÓN CON LA  
PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES,  
INDIQUE EL GRADO DE  
CONFORMIDAD (6) O  
DISCONFORMIDAD (1) CON LAS  
SIGUIENTES OBSERVACIONES**

Las matronas de tu centro de salud te proporcionaron información clara y concisa sobre la técnica de cómo dar el pecho.

1	2	3	4	5	6

Los ginecólogos de tu centro de salud te proporcionaron información clara y concisa sobre la técnica de cómo dar el pecho.

1	2	3	4	5	6

Los médicos de atención primaria, de tu centro de salud te proporcionaron información clara y concisa sobre la técnica de cómo dar el pecho.

1	2	3	4	5	6

## Análisis sobre la lactancia materna y el apoyo puerperal

Los profesionales suelen decir que, si se está muy cansada, en el paritorio no es necesario iniciar inmediatamente la lactancia materna.

1	2	3	4	5	6

Por lo que sé, el personal de enfermería en la planta, suele ofrecer como alternativa el biberón, si se está cansada o el niño llora por hambre.

1	2	3	4	5	6

Si se está cansada o el niño llora por hambre, el personal auxiliar de enfermería facilita el biberón como alternativa.

1	2	3	4	5	6

Si el niño no se adapta al pecho, durante la estancia en el hospital siempre hay un profesional (enfermera o matrona) a mi disposición que puede ayudarme antes de tener que recurrir al biberón.

1	2	3	4	5	6

## Luciano Rodríguez Díaz

Si el niño no se adapta al pecho o me surge una complicación, en casa, puedo contar con la matrona que puede ayudarme antes de tener que abandonar la lactancia.

1	2	3	4	5	6



## Colección “Tesinas y trabajos de grado”

---

Ciencias de la salud

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido, seguida de una combinación de lactancia materna continua y una alimentación apropiada y adecuada con otros alimentos. Sin embargo, en España existe una tendencia considerable al abandono de la lactancia materna. Por ello el objetivo principal de este estudio es determinar la eficacia de la educación postnatal domiciliaria en relación con la duración de la lactancia materna.