



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Nivel de información de los docentes de los Institutos públicos del Puerto de la Cruz sobre la Lactancia Materna.”

Autora: Farah Mohamed Mohamed

Tutora: Prof. María Dolores Mora Benavente

**Titulación: Grado en Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud:
Sección Enfermería y Fisioterapia.
Tenerife
Universidad de La Laguna
Junio – 2015**

ÍNDICE:

1. Resumen y palabras claves.....	1
2. Abstrac and Key words	1
3. Introducción.- Antecedentes.....	2
4. Justificación.....	23
5. Objetivos.....	24
5.1 General	
5.2 Específicos	
6. Metodología.....	26
6.1 Diseño	
6.2 Población diana	
6.3 Muestra	
6.4 Variables e instrumentos de medidas	
6.5 Métodos de Recogida de la Información	
6.6 Análisis Estadísticos	
6.7 Consideraciones Éticas	
6.8 Cronograma	
6.9 Presupuesto	
7. Bibliografía.....	31
8. Anexos.....	37
8.1 Cuadros	
8.2 Cuestionario	

1. RESUMEN:

Existe suficiente evidencia científica que demuestra los múltiples beneficios que supone la alimentación con leche materna, por ejemplo, los niños presentados a los tres meses presentan una reducción del 72% menos de infecciones graves de las vías respiratorias bajas, una reducción del 64% de gastroenteritis, una disminución del 42% en dermatitis atópica en comparación con un niño que haya sido amamantado menos de tres meses. La madre también obtiene beneficios demostrados para la salud, por cada año de lactancia materna se reduce el riesgo de cáncer de mama antes de la menopausia, un 4,8% por cada doce meses de lactancias y un 21% de padecer cáncer de ovario. Los profesores son un referente para muchos jóvenes en edad fértil: representan su principal fuente de información y a través de ellos adquieren los conocimientos que les permite situarse en su contexto social, la información correcta sobre los beneficios de la lactancia materna supondría una afirmación en su vida. El objetivo de este proyecto de investigación es explorar el nivel de información de los docentes de los Institutos públicos del Puerto de la Cruz sobre la lactancia materna. El diseño es de tipo descriptivo y estudiaremos variables de conocimientos previos y actitudes ante la lactancia, y sus creencias acerca de la misma. Para el análisis de los datos utilizaremos estadística descriptiva. El tiempo estimado para la realización de nuestro proyecto es de cuatro meses.

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna, nivel de conocimientos, adolescente, docentes.

2. ABSTRAC:

There is sufficiently scientific evidence demonstrating the multiple benefits of breastfeeding. For example, children at the age of three months register a fall of 72% about serious infections of the low air passages, a fall of 64% gastroenteritis, a decrease of 42% of dermatitis in comparison to a child who has been breastfeeding less than three months. The mother also gets proven health benefits. For each year of breastfeeding the risk of breast cancer is reduced before menopause; 4, 8% for every twelve months of pre-weaning period and 21% of ovary cancer. Teachers are a reference for many young people of reproductive age. They are their main source of information and through them young people acquire the knowledge that allow them to be placed in its social context. The proper information about the benefits of breastfeeding would make a assertion in their lives. The aim of this research project is to explore teachers' level information of Public Secondary Schools of Puerto de la Cruz in relation to breastfeeding. The design is descriptive and we will study variables of previous knowledge and attitudes towards breastfeeding and their beliefs about it. For data analysis we will use descriptive statistics. The estimated time for the fulfilment of our project is about four months.

KEY WORDS: breast feeding, knowledge, adolescent, faculty

3. INTRODUCCIÓN- ANTECEDENTES

Existen muchas definiciones sobre la lactancia materna, la menos compleja sería la que encontramos en el diccionario terminológico de ciencias médicas, entre otras, *“alimentación de la criatura por medio de la leche que proviene de la madre o la nodriza en el periodo de la vida en que mama.”* ⁽¹⁾ La OMS la define como *“la forma ideal de aportar a los niños nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable, la mayoría de las mujeres pueden amamantar siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.”* ⁽²⁾ Autores como Lawrence R. afirma que *“lactancia materna es el regalo más precioso que una madre puede dar a su hija/o. En la enfermedad o la desnutrición, este regalo puede salvar la vida; en la pobreza puede ser el único regalo.”* ⁽³⁾ González C. determina que la lactancia materna es un regalo para toda la vida, un arte aprendido; enuncia que *“... durante siglos las mujeres han visto a otras mujeres dar el pecho, era algo cotidiano. Disponían de una cadena de calor que ayudaba, protegía y daba soluciones a los problemas que pudieran presentarse”* (González, 2006) ⁽⁴⁾

Los seres humanos somos mamíferos; si buscamos este concepto en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua obtendremos esta definición *“(del lat. mamma, teta, y –‘fero). [...] Se dice de los animales vertebrados de temperatura constante cuyo embrión, provisto de amnios y alantoides, se desarrolla casi siempre dentro del cuerpo materno. Las hembras alimentan a sus crías con la leche de sus mamas.”* ⁽⁵⁾ Cada mamífero ha desarrollado desde hace miles de años una leche única para sus necesidades. ⁽⁶⁾ La historia de la lactancia la podemos segmentar en tres periodos: el primero sería la civilización antigua antes de Cristo y los primeros datos de descubrimientos arqueológicos; el segundo sería un periodo influenciado por la Iglesia como institución y por el poder monárquico en diversas representaciones, y el tercero, y último periodo, sería la edad moderna, influenciada por la industria y la llegada de las nuevas tecnologías. ⁽⁷⁾

En el primero, vemos que la lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad; las nodrizas eran mujeres que amamantaban a los hijos de aquellas madres de clase social alta; el código de Hammurabi 1800 A.C contenía regulaciones sobre las nodrizas y establecía que la alimentación al pecho se debía dar por un mínimo de dos años hasta un máximo de 4 años. En Egipto, era un honor practicar la lactancia, las nodrizas eran seleccionadas por el faraón y gozaban de muchos privilegios al punto de obtener altos rangos en la corte del Rey. ⁽⁷⁾ El segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado pecho, ya que el mayor había sido amamantado por una extraña y por tanto fue rechazado. ⁽⁸⁾ Al pasar de una época a otra, no se ve a la nodriza como algo necesario para alimentación de los lactantes, sino que

se convierte en un símbolo de poder adquisitivo, de posición social y estético, pues podían contratar a alguien para que *“se desgastara por ellas”*.⁽⁷⁾

En la segunda parte, que va desde el s. I hasta el s. XVII, podemos destacar que en el inicio de la Era Cristiana a los niños se les consideraba portadores de un alma inmortal esto hizo que se fomentara su cuidado, por lo tanto incrementó el número de bebés que había que cuidar y alimentar. A partir de la Edad Media, siglo VI, consideran que la lactancia materna es óptima si es administrada por la propia madre, exceptuando las madres que, por diferentes razones, no podían hacerlo y delegaban esta función en las nodrizas, que podrían amamantar directamente al niño o utilizar tetillas o biberones bien lavados, factor que incidió directamente en la disminución de la mortalidad materna por infecciones. Durante el periodo del Renacimiento se descubrió América, de la cual importamos la sífilis y la gonorrea, su contagio a niños pequeños hace pensar, de manera muy acertada, que dichas infecciones podían pasar al lactante por medio de la leche materna. También empieza a manejarse el concepto de vínculo entre madre e hijo.⁽⁷⁾ En 1472 Bagellardus P. escribe el primer incunable pediátrico: *“Características de una buena nodriza, aconseja sobre el hijo, la diarrea y el vómito.”*⁽⁸⁾

En el tercer y último periodo, desde el s. XVIII hasta la actualidad, podemos señalar que, a partir de la II Guerra Mundial, con la introducción de la leche en polvo y los suplementos de la lactancia, el papel de las nodrizas cae en desuso.⁽⁷⁾ En el s. XX se inicia la alimentación del lactante con sucedáneos de leche materna, elaborados industrialmente a partir de leche de vaca, fue un gran éxito ya que permitía la incorporación de la mujer al trabajo asalariado; desde el movimiento feminista se vio como una liberación, acabó con los problemas de las nodrizas, los médicos la consideraron más científica ya que se podía medir y controlar, surgieron enormes intereses económicos y todo esto permitió que triunfara la cultura del biberón. En 1956 se creó en Chicago La Liga de la Leche, un grupo internacional de apoyo a la lactancia.⁽⁶⁾ En 1884 el Dr. Meigs A.V. publicó un análisis entre la leche humana y leche de vaca. Se dedicó a mejorar la leche de vaca para igualarla a la humana. Nestlé H. comerciante suizo, combinó azúcar, harina de trigo con leche de vaca. Nestlé anunció su producto *“tan correcto científicamente que no dejaba nada que desear”*.⁽⁸⁾ En la actualidad se conoce que la lactancia materna es el alimento más completo con el que pueden contar los recién nacidos y lactantes.⁽⁷⁾ Gracias a grupos de apoyo (Liga de la Leche, IBFAN), organismos internacionales (OMS/UNICEF y Alianza Mundial en pro de Amamantar) y profesionales sanitarios (Comité de Lactancia Materna de la AEP), en las últimas décadas muchos países están remontando sus índices de lactancia. En la gráfica creada por Geijo M. J. (Anexo I) podemos ver como la lactancia materna empieza a disminuir en 1910, el periodo en el que menos se realiza el amamantamiento va desde 1970 hasta 1980 y a partir de 1980 se ha incrementado. En 1981 se aprueba el Código Internacional de comercialización de sustitutos de leche materna al que España se adhirió en 1993.⁽⁶⁾ *“El código fue un compromiso entre la industria y los que consideran*

que se debe prohibir toda promoción de la fórmula infantil, y en realidad representa un mínimo de requisitos. Sus principales cláusulas incluyen:

- *No hacer publicidad en instituciones de salud.*
- *No distribuir muestras gratis.*
- *No promocionar en entidades de salud.*
- *No inducir o promoción no científica a los trabajadores de la salud.*
- *No distribuir muestras gratis o a bajo costo para las salas de maternidad y para los hospitales.*
- *Literatura con base en hechos y no orientada a la promoción.*
- *Etiquetas no promocionales que afirmen la superioridad de la lactancia y los peligros de la alimentación con biberón,”* ⁽⁹⁾

En 1989, la Declaración de Innocenti, proclamó que todas las madres tienen derecho a amamantar y sus hijos a ser amamantados de forma exclusiva hasta los 6 meses y junto con otros alimentos hasta los dos años. ⁽⁶⁾ En el año 1991 la O.M.S junto con la UNICEF publicaron un resumen de las directrices a seguir por los servicios de maternidad titulado: “*los diez pasos hacia una feliz lactancia*” en el que expresan:

“Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. *Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.*
2. *Capacitar a todo el personal de salud de forma 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 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 la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.*
7. *Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.*
8. *Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.*
9. *No dar, a los niños alimentados al pecho, chupadores 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 o clínica.*

Además, los centros deben rechazar las muestras gratuitas o a bajo costo de los sucedáneos de la leche materna, biberones y chupadores” ⁽¹⁰⁾

La educación a nuestros jóvenes sobre la lactancia materna parece limitada a charlas informativas protagonizadas por matronas en algunos centros educativos, pero ni pueden abarcar todos los centros de enseñanza, ni el tiempo que se les ofrece puede parecer suficiente para cubrir las necesidades de información de los jóvenes. Puede que algunos alumnos, después de la sesión, reflexionen sobre ello y otros no; también puede ser que los que reflexionen, cambien de nuevo de opinión con el paso del tiempo. Sería más efectivo si esto se inculcase de manera más habitual por un profesor; la relación entre profesor y alumno es un vínculo potencialmente inspirador que puede orientar, reforzar y sacar lo mejor de cada niño. Existen dos realidades educativas una más explícita, que englobaría el discurso del profesor y las actividades programadas, y otra más implícita, que es el entorno que envuelve las relaciones que se establecen en el aula, en este impera la comprensión, el respeto, la confianza, la comunicación, el reconocimiento, la sinceridad y la cooperación; permite que los niños sean ellos mismos y que se sientan cómodos exponiendo sus ideas y dudas de forma segura. Parece que sería más adecuado que se inculcase en el entorno más implícito.

La leche materna se considera el modelo óptimo de alimentación por varios motivos, el principal es que tiene una composición ideal que se adapta a las características fisiológicas del recién nacido y lactante y que cubre todas sus necesidades nutricionales durante los primeros 6 meses de vida; además lo podríamos denominar como un *“alimento vivo”* cuya composición cambia según la fase de la lactancia, el calostro está presente en los primeros cuatro días después del nacimiento, la leche de transición del cuarto día hasta el quinceavo día y la leche madura a partir del decimosexto día de vida; el contenido de grasa al iniciar la toma será menor que al finalizarla (por este motivo es muy importante que no se limite la duración de la toma), y también cambiará su composición según la hora del día o que alimentos consumieron las madres; esto permite que el niño esté expuesto a una gran variedad de sabores, lo que favorece la aceptación de los alimentos complementarios y una dieta saludable en edades posteriores. En la leche materna encontramos diversas proteínas que aportarán beneficios al bebé, por ejemplo, predominan las proteínas del suero (suponen el 70% de las proteínas totales de la leche materna, son las alfa-lactoalbúmina y las IgA) que hace que exista un menor riesgo de infecciones, el alto contenido de las proteínas del suero (70%) y el bajo contenido en caseína (30%) crea una mejora en el vaciamiento gástrico y la digestión, el hecho de que la leche materna no contenga beta-lactoalbúmina, así como un bajo contenido de caseína, hace que disminuya el riesgo de alergias a las proteínas de la leche de vaca, es rica en taurina que mejora el desarrollo cerebral y de la retina; y además les aporta nucleótidos que intervienen en la síntesis proteica, la función de las células T, la maduración gastrointestinal y la colonización por bifidobacterias que mejoran la absorción del

hierro. Las proteínas juegan un papel muy importante en el sistema de defensa inmunitario del recién nacido ya que, el aporte de factores de defensa a través de la leche materna, es el principal mecanismo de defensa en los primeros meses de vida debido a que la producción endógena de IgA se inicia entre la sexta y duodécima semana de vida. Encontraremos lípidos, la leche materna es rica en ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, de la serie omega-3: Decosahexanoico (DHA) y omega-6: Araquidónico (ARA) que forman parte de la composición de las membranas lipídicas en el cerebro (masa gris) y la retina (importantes para el desarrollo visual y psicomotor del niño) y contiene lipasa que aumenta la absorción de las grasas. También hay hidratos de carbonos en la leche materna, el principal es la lactosa y parte de ella no es absorbida en el tubo digestivo del lactante, lo que promueve la colonización por flora bacteriana no patógena (*Lactobacillus bifidus*); además están presentes los oligosacáridos que inhiben la adhesión bacteriana a la mucosa intestinal y favorece el crecimiento y la actividad de las bifidobacteria. Contiene agentes bioactivos que disminuyen el riesgo de infecciones (IgA, lactoferrina, lisozima, componentes celulares como macrófagos, linfocitos T y B,..), favorecen la maduración del tracto intestinal del lactante (H. gastrointestinales, Factor de crecimiento epidérmico, IGF-I), contiene las citoquinas que tienen un efecto inmunomodulador que disminuye el riesgo de enfermedades infantiles crónicas como la diabetes mellitus, celiacía, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, linfoma entre otras enfermedades; es importante tener en cuenta que algunos de estos agentes bioactivos también están presentes en la leche de vaca y otros mamíferos, pero son destruidos durante el proceso industrial usado en la elaboración de las fórmulas infantiles, por lo tanto no la sustituirían.⁽¹¹⁾

“La alimentación con biberón daña el medio ambiente, deteriora el recurso más importante del planeta, que es el hombre, ya que le causa alergias, asma, diarreas, anemias, HTA, diabetes, arteriosclerosis, cataratas, obesidad, desnutrición por mala disolución” Vargas Bonilla, 2008 ⁽¹²⁾. Existen muchos beneficios demostrados para la salud del niño: un niño con una lactancia materna superior a tres meses presenta una reducción del 50% de riesgo de padecer otitis media aguda, un 72% menos de infecciones graves de las vías respiratorias bajas, una reducción del 64% de gastroenteritis, una disminución del 42% en dermatitis atópica en comparación con un niño que haya sido amamantado menos de tres meses.⁽¹¹⁾ Se calcula que un millón de niños mueren cada año por diarreas, infecciones respiratorias y otros tipos de infecciones, situaciones que la lactancia materna podría haber ayudado a prevenir. Un número mucho mayor de niños sufren innecesariamente de enfermedades que no adquirirían si fueran amamantados.⁽¹³⁾ Podemos decir que los niños amamantados presentan menor morbilidad y mortalidad porque, aparte de poseer numerosos factores anti-infecciosos específicos e inespecíficos, contribuye con una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada; y además la ventaja de no necesitar preparación y tener siempre la temperatura adecuada.⁽¹²⁾ Pero la madre también obtiene beneficios demostrados para la salud, por cada año de lactancia materna se reduce el riesgo de cáncer de mama antes de la

menopausia, un 4,8% por cada doce meses de lactancias y un 21% de padecer cáncer de ovario.⁽¹¹⁾ La reducción del cáncer de mama y ovario se debe a que hay una menor exposición a las hormonas, el estrógeno disminuye, esto se da por la interrupción de la ovulación; también existe una menor síntesis de ADN, por tanto, se reduce la probabilidad de desarrollar cáncer; esta protección se mantiene hasta que la mujer alcanza la menopausia.⁽¹⁴⁾ Las mujeres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo más rápidamente, tienen menos riesgo de hipertensión y depresión posparto; al succionar el pezón, inmediatamente después del parto, produce una liberación de oxitocina en la madre, esta hormona favorece el desprendimiento de la placenta y provoca que el útero recobre su tamaño natural y que haya una menor pérdida de sangre posterior al parto por lo tanto es más difícil que padezcan anemia posparto; a esto le sumamos que la lactancia inhibe la ovulación durante varios meses y, esta ausencia de menstruación, contribuye con un importante ahorro de hierro; otro beneficio para la madre es que disminuye el riesgo de aparición de osteoporosis debido a que el metabolismo del calcio se acelera durante la lactancia y se movilizan los depósitos óseos, este aumento de calcio en la sangre se utiliza para la producción de leche, para contrarrestar la pérdida de calcio se produce un aumento de la absorción de este mineral y, a largo plazo, las mujeres que dan pecho ven disminuidas las probabilidades de sufrir fracturas de cadera y columna en la menopausia. Dar de mamar es el mejor regalo que puede darse a un infante, la lactancia materna es un cimiento en el desarrollo de la personalidad y proporciona beneficios psicológicos.⁽¹²⁾ La OMS y UNICEF recomiendan que todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros seis meses de vida, y que continúen la lactancia materna junto con la administración de alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente.⁽¹³⁾

Existen tres formas de alimentar a un bebé: la lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta. Hemos hablado y seguiremos mencionando los beneficios de la lactancia materna y del por qué organizaciones tan importantes como la OMS, UNICEF, AEP y otras muchas la recomiendan.⁽¹³⁾ La lactancia artificial no tiene el carácter inmunitario, hormonas y otros aspectos irreproducibles que cuidan, protegen y son tan necesarios para el niño. Existen tres tipos de fórmulas artificiales, por un lado está la fórmula de iniciación que es preparada siguiendo unas normas muy estrictas, y se adapta muy bien a un lactante pequeño (hasta cuatro o seis meses de edad); por otro lado está la fórmula de seguimiento, se da a partir de los cuatro o seis meses.⁽¹⁵⁾ Y aparte tenemos las fórmulas especiales, unas destinadas a recién nacidos de bajo peso, otras las fórmulas anti-reflujos y también las fórmulas con hidrolizado de proteínas.⁽¹⁶⁾ Es cierto que existen enfermedades incompatibles con la lactancia, como ser portadora del virus del sida, infección provocada por el virus de la leucemia humana de células T, ser portadora del citomegalovirus.⁽¹⁷⁾ Y el tercer tipo de alimentación es la lactancia mixta, combina la lactancia materna con la artificial, es difícil de mantener durante un largo periodo de tiempo, ya que el bebé prefiere la tetina

del biberón por la facilidad con la que puede succionar el alimento; los especialistas recomiendan entonces, sacar la leche materna con un sacaleches y así la mamá no perderá la capacidad de producir leche.⁽¹⁵⁾ Por otro lado está la alimentación complementaria, la OMS aconseja que se establezca cuando la lactancia natural no baste para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, entonces es preciso añadir otros alimentos a su dieta; cubre el periodo que va de los seis a los veinticuatro meses de edad, muchos lactantes empiezan a sufrir de malnutrición y a engrosar la elevada cifra de menores de cinco años malnutridos que hay en el mundo.⁽¹⁸⁾ La AEPED nos da unas recomendaciones sobre la alimentación complementaria, y recalca la importancia de que después de cada comida debemos que ofrecerles el pecho.⁽³⁾ La OMS ha elaborado los “*Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del niño amamantado:*”⁽¹⁸⁾

- 1. Duración de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de los alimentos complementarios. Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna.*
- 2. Mantenimiento de la lactancia materna. Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más.*
- 3. Alimentación perceptiva. Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social [...]*
- 4. Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos. [...]*
- 5. Cantidad necesaria de alimentos complementarios. Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. [...]*
- 6. Consistencia de los alimentos. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños. [...] Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten [...]*
- 7. Frecuencia de alimentos y densidad energética. Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. [...] Para el niño amamantado promedio de 6 a 8 meses de edad, se debe proporcionar 2 a 3 comidas al día, de los 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad el niño debe recibir 3-4 comidas al día además de meriendas nutritivas ofrecidas 1 ó 2 veces al día. [...]*
- 8. Contenido nutricional de alimentos complementarios. Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. Debe consumirse carne, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades nutricionales a esta edad [...]*

9. *Uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños y madres. [...]*

10. *La alimentación durante y después de la enfermedad. Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.”⁽¹⁹⁾*

Moreno Villares, pediatra experto en Nutrición Clínica del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, opina que poco importa el orden en el que se introduzcan los alimentos, ya que, en la mayoría de los países, se suma la tradición y los alimentos disponibles en cada uno al por qué se da antes una cosa u otra. Lo importante es tener en cuenta el desarrollo del niño (puede masticar y la digestión es más madura).⁽²⁰⁾ Es muy importante tener claro el concepto “*complementario*”, si lo buscamos en el diccionario de la R.A.E tiene el siguiente significado “*adj. Que sirve para completar o perfeccionar algo.*”⁽²¹⁾ Por lo tanto es una alimentación que perfecciona la lactancia materna, no la sustituye.

Muchas personas piensan, erróneamente, que seis meses constituyen una lactancia “*prolongada*” cuestionando los motivos de las mujeres que amamantan a sus hijos más de un año. Aproximadamente 13% de los 9,5 millones de muertes anuales de menores de 5 años en el mundo podrían evitarse mediante la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, seguidos de la introducción apropiada de alimentación complementaria y la continuación de la lactancia hasta los 2 años de edad o más. Los niños están preparados para recibir todos los beneficios de la lactancia materna durante un período mínimo de 2 años y medio y un aparente límite máximo de unos 7 años; Según Dettwyler, K. los humanos alcanzan autonomía inmunológica a los 6 años, lo que sugiere que a través de nuestro más reciente pasado evolutivo los agentes inmunes contenidos en la leche materna estaban normalmente disponibles para el niño hasta aproximadamente esta edad. En la actualidad, el destete precoz y los fallos a la hora de amamantar son consecuencia de la presión social y la falta de conocimiento y apoyo. El incremento en la duración de la lactancia materna se asoció a un incremento en el cociente intelectual calculado a las edades de ocho y nueve años; aumento en la comprensión de lectura, habilidades matemáticas y escolares calculado en el periodo de edad entre diez y trece años; y mayores niveles de logros en exámenes finales.⁽²²⁾ El Papa Francisco ha dicho recientemente “*Si los niños tienen hambre, madres, dadles de comer sin pensarlo dos veces, porque son las personas más importantes que se encuentran aquí*” incluso les dio permiso a las madres para que den el pecho a sus hijos dentro del adoratorio.⁽²³⁾ En la actualidad existe una doble moralidad sobre amamantar a un bebé en un centro comercial, un parque o un lugar público está mal visto hacerlo, pero los anuncios en los que salen modelos casi desnudas o programas de televisión como “*Adán y Eva*” están permitidos y bien vistos; la lactancia

no interesa porque sólo le da de comer al bebé y la salud infantil es sólo un daño colateral de los intereses económicos de unos pocos.

De las intervenciones en Salud Pública de los últimos cincuenta años, la más eficiente ha sido el rescate de la lactancia materna como método ideal de alimentación infantil y garantía de poblaciones saludables; la Salud Pública debe ser independiente de intereses económicos, políticos e ideológicos. ⁽²²⁾ Osorno J. (*“Lactancia Materna y Salud Pública”*, 2012) *“El grado de desarrollo de una sociedad se refleja en la fortaleza de sus mujeres y su determinación de proteger la vida aún en circunstancias adversas. Sin mujeres fuertes no hay sociedades equilibradas y la vida se vuelve difícil. Es inevitable: somos mamíferos. La salud pública nació y sigue desarrollándose en medio de contradicciones y conflictos. Parte de su función es ayudar a resolverlos”* ⁽²⁴⁾

Algunas mujeres experimentan placer mientras dan el pecho a sus hijos, lo que puede generarles un gran desconcierto e incluso sentimientos de culpa; cuando el bebé succiona el pezón de su madre puede desencadenar sensaciones de placer físico ya que, la oxitocina, es la hormona que se segrega para desencadenar el parto, se segrega cuando el bebé succiona el pezón y se segrega durante el orgasmo. ⁽²⁵⁾ Dar de mamar puede producir sensaciones eróticas fisiológicas y que vaciar la mama antes de las relaciones sexuales evita la eyeción de leche con el orgasmo. En nuestro medio, en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (C.H.U.C.), se hizo un estudio donde se estudió una población N= 30 partos vaginales del hospital y que tuviesen una sexualidad previa satisfactoria; los resultados fueron que el 70% notó cambios en su sexualidad (el 30% a mejor), y el 60% refería otras manifestaciones distintas al coito. ⁽²⁵⁾ En la edad media podemos ver reseñas subliminares eróticas en *“la lactancia de San Bernardo de Claraval”*; San Bernardo fue un gran devoto de la Virgen, hay dos leyendas existentes acerca de la lactancia de San Bernardo: la primera versión describe cómo María apareció en un rezo a San Bernardo, y roció la leche de su pecho sobre los labios de Bernardo y la segunda versión describe cómo Bernardo se duerme durante un rezo, María apareció y puso su pecho en su boca para que recibiese la sabiduría de Dios. ⁽²⁶⁾ Con esto podemos pensar que el erotismo de la lactancia es un hecho que va más allá de la actualidad.

La información que con frecuencia salta a los medios de comunicación, sobre los impedimentos que se plantean a algunas madres por amamantar en sitios públicos, dificulta la lactancia, supone un obstáculo innecesario para las madres lactantes y sus hijos y puede desanimar a futuras madres y hacerlas desistir de alimentar al pecho a sus hijo. El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría declara que:

- *“La lactancia materna es la forma natural y más saludable de alimentar a los bebés. La OMS y numerosas organizaciones científicas nacionales e internacionales (entre ellas la AEP) recomiendan y fomentan la lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida y, continuar con la alimentación complementaria hasta los 2 años o más.*

- *La lactancia materna es mucho más que un alimento. Aporta ventajas para la salud física y psíquica de los niños y de las madres y de que disminuye el gasto sanitario. [...]*
- *La alimentación al pecho tiene que ser a demanda. [...]*
- *Durante el tiempo de lactancia, la madre puede y debe hacer una vida normal con su bebé, lo que incluye frecuentar lugares públicos: piscinas, restaurantes, museos, centros comerciales, etc. La lactancia no funciona con horarios preestablecidos, por lo que es habitual que el bebé tenga necesidad de lactar en alguno de esos lugares y es responsabilidad de toda la sociedad permitir que pueda hacerlo con libertad.*
- *Las salas de lactancia se pensaron para proporcionar a las madres lactantes la opción de disponer de un espacio apartado, íntimo y cómodo para amamantar a su hijo, pero su uso no se ha de entender como algo obligatorio. [...]*
- *En nuestra cultura el pecho tiene sobre todo una connotación sexual. Pero en la mayoría es el órgano de producción de la leche para alimentar a los niños. Lactar en público no debe ser visto como algo obsceno, ni sexual, ni que deba ser escondido [...]*
- *Todos los niños, con independencia de su edad, tienen derecho a ser amamantados cada vez que lo precisen, y sus madres el derecho de poder hacerlo en cualquier momento y lugar. Hay que lograr un cambio de actitud en la sociedad para que seamos capaces de entender que amamantar forma parte de la naturaleza humana. [...]*⁽²⁷⁾

Esta declaración se hizo pública para que, la imagen de una madre dando el pecho, sea algo tan cotidiano que a nadie escandalice. Sería deseable que, al igual que en otros países, se arbitren las medidas necesarias (educativas y legislativas) para que tanto las madres como sus hijos puedan ejercer ese derecho en el modo y lugar que necesiten. Con ello no sólo beneficiaremos a los niños y las madres sino a toda la sociedad.⁽²⁷⁾

Algunas madres y sus bebés lactan satisfactoriamente en posiciones que serían difíciles para otros. No hay ninguna razón para tratar de cambiar la posición del bebé si éste está obteniendo la leche con eficacia y su madre está cómoda, en cambio hay otras madres que no lo consiguen con tanta facilidad. El objetivo de los profesionales sanitarios, concretamente de los enfermeros, es ayudarles a acomodar a su bebé, ya que de nada sirve que el enfermero pueda hacer que el bebé succione, si su madre no logra hacerlo. El primer paso, y el más importante es que el pezón de la madre esté tocando los labios del bebé; él abre su boca y pone su lengua hacia delante; asegúrese de que la madre entienda lo que usted hace, para que lo pueda hacer ella misma. Algo que podría resultar útil es explicarle a la madre cómo alzar a su bebé para que el niño tome en su boca una porción del pecho más grande, esto hace que el amamantamiento sea más cómodo para ambos; para conseguirlo lo que debemos hacer es asegurar que la madre esté cómoda y relajada; después tenemos que cerciorarnos de cumplir cuatro puntos clave: el primero es que la cabeza y el cuerpo del bebé deben estar en línea recta; segundo, su cara debe mirar el pecho, con la nariz frente al

pezón; tercero, la madre debe mantener el cuerpo del bebé cerca del de ella; y cuarto, si el bebé es un recién nacido, debe sostenerle las nalgas y no solamente la cabeza y los hombros; la barriga del bebé debe estar pegada a la barriga de la madre. También es muy importante mostrarle a la madre cómo sostener el pecho con su mano para ofrecérselo al bebé, La madre debe descansar sus dedos sobre su pared torácica por debajo del pecho, de manera que su dedo índice forme un soporte en la base del pecho (Anexo II).⁽¹³⁾ La madre debe tocar los labios del bebé con su pezón, para que éste abra la boca,⁽²⁸⁾ debe esperar hasta que la boca de su bebé esté bien abierta, antes de moverlo hacia el pecho para que tome una buena porción del pecho dentro de ella; la madre debe acercar el bebé al pecho y no al contrario, moviéndose ella misma o su pecho hacia el bebé con un movimiento rápido; tiene que hacer que el labio inferior del bebé apunte hacia abajo del pezón, para que su mentón quede tocando el pecho. Si la madre desea darle el pecho acostada es importante que esté en una posición cómoda y que no use su codo para apoyar su cuerpo, ya que esto puede hacer difícil que el bebé se agarre al pecho, también debemos de seguir los cuatro puntos clave que mencionamos antes y además la madre puede dar apoyo a su bebé con su brazo inferior y si es necesario puede sostener el pecho o al bebé con su brazo superior. Otras posiciones pueden ser, la posición por debajo del brazo (Anexo III) que es útil en el caso de gemelos, tener conductos bloqueados o dificultad con el agarre del bebé; otra puede ser sostener al bebé con el brazo opuesto al pecho con que está amamantando (Anexo IV) esta postura es útil en caso de bebés muy pequeños o enfermos.⁽²⁹⁾

Todas las madres que desean dar el pecho a sus hijos, se ven expuestas al impacto (mayor o menor) de falsos conceptos o creencias, también llamados mitos, su peligro reside en su alta capacidad de “penetración” en un momento de gran permeabilidad e inseguridad como es el postparto y pueden minar la frágil confianza de la mujer recién parida en su capacidad de alimentar correctamente a su hijo e incluso interferir y dificultar la instauración de una lactancia materna eficaz y placentera; su veracidad no es cuestionadas ni contrastadas y se repiten de forma automática indefinidamente, puesto que son aseveraciones sencillas. Podríamos decir que el miedo a no fabricar leche suficiente y que esa leche no fuera “buena”, ha sido una constante de las madres que han amamantado a sus hijos desde tiempo inmemorial; precisamente por esto, y por el lógico desconocimiento de la fisiología de la lactogénesis, se han venido generando ancestralmente multitud de rituales, consejos, costumbres, prohibiciones, casi todos infundados o faltos de lógica, pero de algún modo necesarios en cada época para controlar o regular la nutrición infantil. Todo esto es lo que llega hasta nosotros hoy bajo el calificativo de “*Mitos de la Lactancia*”. La matrona y antropóloga, Sánchez Molinero A. del C.H.U.C. nos desmiente muchos de los mitos sobre la L.M, y los clasifica en cuatro grupos:⁽²⁹⁾

- Mitos sobre los cuidados de la madre: “*Lavarse los pezones antes y después de cada toma porque están llenos de microorganismos*”, las glándulas de Montgomery de la areola segregan

sustancias bactericidas y el exceso de lavado destruye la protección natural y favorece las lesiones del pezón. *“La lactancia materna te arruina el pecho”* las modificaciones del pecho se producen durante el embarazo, no por el hecho de dar o no lactancia. *“Si está enferma (gripe, fiebre, infección, vómitos, diarrea entre otras enfermedades) debe dejar de amamantar; y si toma antibióticos también”*, por la leche, transferimos defensas al niño/a que le protegen de la infección; en cuanto a los medicamentos, muchos pueden tomarse durante la lactancia. *“Con pezón plano o invertido, se hace imposible la lactancia; hay que masajear con alcohol o aceite de oliva el pezón durante el embarazo para curtirlo y estirarlo si se tiene poco”*, los bebés no se agarran del pezón para mamar, sino de la areola. Una buena posición es más eficaz que cualquier dispositivo. ⁽²⁹⁾

- Mitos sobre la cantidad de leche: La base de estos mitos es la sensación subjetiva de producir poca leche o constataciones de que el bebé se queda con hambre; ⁽²⁹⁾ la matrona García Fernández, en el diario El País, 2014; dice *“procuro infundir seguridad en las madres asustadas por lo que les cuentan los familiares o amigas ‘mi madre casi no tenía leche, mi hermana tampoco, así que yo no creo que pueda’, les dicen. Esto no es verdad. Todas las mujeres tienen cantidad de leche suficiente para alimentar a sus bebés”*. ⁽³⁰⁾ *“Si el pecho está blando o suave, es que está vacío y no hay leche suficiente; hasta que no notas el pecho lleno y duro no te pongas al niño al pecho porque no sacará leche.”* ⁽²⁹⁾ Aproximadamente sobre la segunda o tercera semana los pechos ya no parecen estar duros y llenos, la moderada congestión de los primeros días desaparece por lo tanto la glándula se ablanda; ⁽³¹⁾

- Mitos sobre la calidad de la leche: *“Mi leche es aguada, no alimenta; la leche materna es muy líquida, la de biberón es más espesa y alimenta más”*, la leche de todas las madres alimenta, va variando su composición de acuerdo a las necesidades del bebé y al principio es más acuosa y rica en lactosa pero después, al final de la toma, más grasa y saciante. Solo un pecho por toma suele ser suficiente; es fundamental alcanzar la leche del final ⁽²⁹⁾

- Mitos sobre la técnica de la lactancia: estos mitos son más modernos y se deben por la aparición del científicismo en la búsqueda y fabricación de sucedáneos de la leche materna; y también al atendimiento masivo de los partos en instituciones hospitalarias y la medicalización del nacimiento y la crianza. Esto ha dado lugar a la pérdida de la cultura del amamantamiento de más de una generación de mujeres. Vamos a empezar desmentir que *“Desde que pasan los primeros diez minutos mamando, ya no tragan, sólo juegan con el pezón o te usan de chupa”*, los bebés necesitan la succión no nutritiva, durante la cual se relajan y estimulan la producción láctea, el chupete es un invento para suplantar esta necesidad. *“Las tomas nocturnas de pecho favorecen las caries en el bebé; pasados los primeros meses el bebé dormirá toda la noche; si se despierta varias veces por la noche es que tienes poca leche y se queda con hambre”*, las tomas nocturnas son normales y necesarias para una producción láctea adecuada. ⁽²⁹⁾

La matrona Sánchez A. propone una serie de objetivos a los profesionales de la salud, entre ellos cabe destacar, dar una información veraz y basada en la evidencia científica; tener la obligación de unificar criterios y aportar informaciones no contradictorias a las madres y familiares; ser capaces de explicar de forma clara y sencilla la realidad de la lactancia, con ideas e imágenes que sean tan fáciles de recordar como los propios mitos, y que los sustituyan eficazmente en el imaginario popular; y por supuesto ser respetuosos a la hora de desmentir las falsas creencias, pero claras y precisas en la información que debe sustituir a ese concepto erróneo. ⁽²⁹⁾ Shermer M. escritor, presentador e historiador especializado en temas científicos, dijo *“pero debido a que vivimos en una era de la ciencia, tenemos una preocupación por corroborar nuestros mitos”* hagámosle caso, preocupémonos y verifiquemos.

Una de las mayores dificultades físicas que se dan en la lactancia es la lesión de los pezones, hay muchas formas y tamaños diferentes de pechos (Anexo V), los bebés pueden mamar de casi todos ellos; existen afecciones comunes del pecho que algunas veces causan dificultades para amamantar como los pezones planos o invertidos, pezones largos o grandes; ingurgitación (también llamada plétora o congestión mamaria); conductos obstruidos, mastitis; pezones inflamados y grietas del pezón. El examen prenatal de los pechos es muy importante porque, en el caso de tener pezones planos e invertidos, ayuda a realizar un diagnóstico precoz; es importante reforzar la confianza de la madre, explicándole que el bebé succiona del pecho y no del pezón e informarla del uso de bomba extractora y jeringa; la mayoría de los pezones mejoran en el momento cercano al parto, sin tratamiento; hay madres a las cuales la realización de ejercicios como los de Hoffman pueden darles confianza (avisar a la embarazada que si alguna maniobra le produjera contracciones uterinas, deberá suspenderla). No debemos confundir pechos llenos e ingurgitados, los pechos llenos están calientes, son pesados, duros, la leche fluye y no hay fiebre; en cambio los pechos ingurgitados los pechos están dolorosos, edematosos, tensos (especialmente el pezón), brillantes, la leche no fluye y pueden estar rojos y haber fiebre por veinticuatro horas; las causas de la ingurgitación pueden ser mucha leche, retraso en iniciar la lactancia, prensión deficiente, extracción infrecuente de leche y restricción de la duración de mamadas; para prevenirlo debemos iniciar la lactancia lo antes posible después del parto, asegurar una buena prensión y estimular la lactancia sin restricciones; el tratamiento es retirar la leche, con esto conseguiremos que se ablande lo suficiente y así el bebé pueda mamar, pero antes debemos estimular el reflejo de oxitocina con compresas tibias o ducha tibia, masaje del cuello o espalda, masaje delicado del pecho, estímulo de la piel del pezón y ayudar a la madre a relajarse; después del amamantamiento deben utilizar compresas de agua fría sobre el pecho para reducir el edema; si no se extrae la leche, se puede desarrollar una mastitis, se puede formar un absceso y la producción de leche disminuye; nunca debemos aconsejar a una madre que descanse sus pechos. La mastitis puede desarrollarse a partir de un pecho congestionado o de un conducto obstruido. En ocasiones también nos podemos

encontrar con pezones inflamados o dolorosos, para el manejo de estos, lo primero que debemos hacer es examinar la succión, los pechos (observar si existe ingurgitación, grietas, u otras afecciones), buscar si la mama presenta cándida o el bebé frenillo corto; el tratamiento comenzará reforzando la confianza de la madre, mejorando la succión y que siga lactando, reduciendo la congestión sugiriendo mamadas frecuentes o extrayendo leche, dando tratamiento contra cándida si la piel está roja, brillante, con escamas; o si hay picazón, o dolor profundo, o si la inflamación, el dolor o la grieta persisten; y aconsejarle a la madre que se lave los pechos solamente una vez por día y evitar el uso de jabón, evitar lociones medicamentosas y ungüentos, y explicarle que debe frotar leche del final sobre la areola al terminar las mamadas, ya que esto promueve la curación.⁽¹³⁾

Muchas mujeres, después del parto, padecen de síntomas que no esperaban sentir y que desconocen; estas sensaciones las pueden asustar, y suelen tener dificultades para compartirlas con alguien, no solo con los profesionales que tienen más cerca en ese momento, el obstetra, el pediatra, sino con sus propios familiares, y aún con sus parejas. El doctor. Calzinari A. psiquiatra, dice que *“casi el 80% de las mujeres padece del llamado babyblues, en un nivel leve de tristeza (disforia puerperal) con llanto inmotivado y angustia, es de baja sintomatología, revierte espontáneamente y dura entre los dos primeros días a dos semanas”*, también nos informa que la disforia puerperal no es lo mismo que la depresión postparto, esta última afecta a una de cada diez parturientas y si no se trata puede durar mucho tiempo; se presenta dentro de las seis semanas y puede tener una duración de seis a nueve meses, siendo sus principales síntomas: tristeza, irritabilidad, fatiga, insomnio, ansiedad, desesperanza, incapacidad de disfrutar. Siendo factores predisponentes una historia previa de depresión, falta de apoyo en la pareja, pérdida de un ser querido; también es probable que esté relacionado con cambios hormonales (estrógeno y progesterona) que descienden bruscamente después del parto, hay que tener en cuenta también la función tiroidea. El tratamiento de la depresión postparto se apoya en un trípode terapéutico psicoterapia-psicofarmacología y orientación.⁽³²⁾ La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la llamada melancolía de la maternidad (babyblues), esta escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría repetirse después de dos semanas; ⁽³³⁾ se trata de un test de 10 preguntas en el que se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.

Una de las características maternas relacionadas con el éxito o fracaso es la autoeficacia, la convicción de que uno puede actuar adecuadamente en una situación, que tiene una estrecha relación con la autoconfianza percibida, que la entendemos como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias para poder sentir, pensar y actuar. El estrés influye mucho en la autoeficacia, ya que un bajo nivel de eficacia percibida ante

nuevas situaciones psicológicas está acompañado por elevados niveles de estrés subjetivo, activación autonómica y secreción de catecolaminas. Otros factores influyentes en la vivencia de la lactancia, y que influyen en la autoeficacia, son el soporte familiar o social que incluye la estructura familiar, las actitudes de la madre y pareja hacia la lactancia, y la experiencia previa de familiares y allegados; el apoyo de madres con experiencia es más enriquecedor y aumenta la autoeficacia. También influyen factores como la edad materna, las madres con edades inferiores a treinta años son más susceptibles de abandonar la lactancia una vez iniciada, pero no existen diferencias respecto a la edad y el inicio de la lactancia materna; influye el nivel de estudios maternos, esta es una buena medida de la clase social, un mayor estatus social se relacionó con mejores tasas de lactancia materna. Gonzalez Darias A. matrona del C.H.U.C, nos informa de que para aumentar la autoeficacia debemos incidir en cuatro pilares fundamentales, el logro de experiencias pasadas, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y los problemas o señales fisiológicas;⁽³⁴⁾ Molina Conejo, I. (*“Factores que influyen en el éxito de la lactancia materna”*, 2009) publicó un estudio sobre factores que influyen en el éxito de la lactancia materna en que concluyo que las dudas no resueltas en los padres, la ansias, el temor de no hacerlo bien y la falta de orientación en el proceso de aprendizaje, deterioran el vínculo materno-neonatal, colocando en riesgo la decisión de alimentar en forma exclusiva a su bebé con leche materna. ⁽³⁵⁾ Existe una escala de autoeficacia conocida como *“Breastfeeding Self-Efficacy Scale”*, consta de treinta y tres ítems y que en el 2003 se hizo una versión abreviada a catorce ítems adoptada en diferentes países:

1. Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche.
2. Siempre me apaño bien con la lactancia igual que con otros retos de mi vida.
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial como complemento.
4. Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma.
5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí.
6. Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando.
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé.
8. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de mi familia.
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí.
10. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo.
11. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro.
12. En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé.
13. Soy capaz de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro.
14. Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder. ⁽³⁶⁾

Las respuestas van del uno al 5 donde 1, donde uno es *“nada segura”* y cinco *“bastante segura”*.

⁽³⁶⁾ Para mejorar la autoeficacia debe haber un apoyo y seguimiento profesional accesible a todas

las mujeres, tener la información sobre la lactancia materna actualizada y asesorar sobre grupos de apoyo ⁽³⁶⁾

Existen varios estudios o investigaciones sobre la lactancia materna. En el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) podemos ver estudios sobre el tipo de lactancia por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia y duración; a las seis semanas de vida del bebé, el 66,2% de las madres en España durante el año 2011-2012 amamantaban a sus hijos de forma natural, el 6,2% recurrían a la lactancia mixta, y el 27,6% a la artificial; a los tres meses los datos de lactancia natural disminuían en un 53,6%, los de lactancia mixta aumentaban un 13% y los de lactancia artificial con un 33,5%; y a los seis meses seguía disminuyendo la lactancia natural con un 28,5%, y aumentando la mixta con un 18,4% y la artificial con un 53,1%. Es decir, al ir aumentando la edad del bebé iban aumentando el uso de la lactancia artificial y mixta, y disminuyendo la lactancia natural. En este estudio también podemos obtener datos sobre el tipo de lactancia según la clase social y la edad del bebé; diferencia seis tipos de clases social según los niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología, donde la clase social I incluye a directores generales de establecimientos de diez o más asalariados y profesionales tradicionalmente asociados a licenciaturas universitarias, y la clase social VI que incluyen a los trabajadores no cualificados; las clases sociales que más optan por la lactancia natural son la II (directores y gerentes de menos de diez asalariados y profesionales tradicionalmente asociados a diplomaturas universitarias y otros profesionales de apoyo técnico, deportistas y artistas), y la IV (supervisores y trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas), la clase social III (ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia) es la que menos opta por la lactancia materna natural; en todas las clases sociales la lactancia materna natural disminuye a medida que aumenta la edad del bebé. ⁽³⁷⁾ Hay un estudio sobre las prácticas de salud y necesidades educativas sobre lactancia materna e inmunizaciones en madres con hijos de hasta seis meses de edad, realizado en el año 2010 donde la población estudiada estuvo conformada por 59 madres con niños hasta seis meses de edad, cuyos resultados fueron que un 35,7% de las madres aún amamantaban exclusivamente, el resto de las madres iban reduciendo la lactancia gradualmente hasta hacerse inexistente en el tercer mes de vida; la causa más frecuente para abandonar la lactancia materna exclusiva fue la suposición de que el niño no se llenaba y la baja producción de leche; las madres no identifican las ventajas que tiene la lactancia para ella y para el niño, en el mejor de los casos mencionan la protección contra infecciones y la mejor condición nutricional del niño. ⁽³⁸⁾ Una encuesta del 2006, del I.N.E. indica que las comunidades autónomas que más optan por la opción de la lactancia natural son en este orden: La Rioja con un 84,11%, seguida de el País Vasco, 81,37% y Navarra con un 76,58% de su población total; y los que menos lactan son los melillenses y los ceutíes con un 37,29% de sus habitantes, seguida de los asturianos con un 45,8%, y gallegos con un 55,4%. También podemos ver que las mujeres de Navarra son las que más lactan con un 78,36% y las que

menos las de Baleares, 52,14%. Se decantan por la lactancia natural un 60,04% de la población total.⁽³⁹⁾ Otro estudio que se titula *“Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA”* fue un estudio observacional longitudinal en una cohorte representativa de la población de lactantes aragoneses, nacidos desde marzo del 2009 a marzo del 2010, y controlados hasta los 12 meses de edad (N=1.602) y cuyos resultados fueron que la lactancia materna exclusiva o predominante fue superior al resto de modalidades de alimentación durante los 4 primeros meses de vida; el mantenimiento conjunto de la LM en cualquiera de sus modalidades fue del 82,5% al mes de edad, el 71,8% al tercero, el 54,3% al sexto y 27,8% al año. . Las variables maternas que se asociaron significativamente al mantenimiento de la LM, tanto al mes como a los 6 meses de edad fueron: tipo de parto (mayor probabilidad si el parto es vaginal), el nivel de estudios (mayor probabilidad si tienen estudios superiores), la procedencia (mayor probabilidad en las madres de origen africano), la adiposidad (mayor probabilidad en las madres que tienen un peso adecuado o sobrepeso frente a las obesas) y no fumar durante la gestación.⁽⁴⁰⁾ Hay un trabajo sobre los factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España en el años 2013, se trata de un estudio prospectivo en el que se seleccionaron 452 pares (madre y recién nacido) en los que se constató el inicio de la LM en el 81% de los casos, persistiendo a los 3 y 6 meses el 39 y 21% total, respectivamente. Los factores asociados al abandono precoz fueron: gestación tras técnicas de reproducción asistida, hábito tabáquico materno, expectativas pobres sobre la duración de la lactancia, utilización de pezoneras, uso rutinario del chupete durante el primer mes posparto, madre con estudios universitarios, asistencia a clases prenatales, y sensación materna de leche suficiente al alta.⁽⁴¹⁾ En el año 2008, se realizó un estudio multicéntrico sobre los cuidados generales del recién nacido, en el que participaron: el servicio de Neonatología del C.H.U.C. (Tenerife), la facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna, el hospital de Cruces de Vizcaya y la facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco; este estudio refiere que *“la temperatura del paritorio debe ser, al menos de 20°C y recibir al recién nacido bajo una fuente de calor radiante o directamente sobre la piel de su madre. Esto último es posible cuando conocemos que no existen problemas previos y el parto ha transcurrido con normalidad; previene la pérdida de calor, favorece el establecimiento de una lactancia materna adecuada, mejora los niveles de glucemia y facilita el apego madre-hijo. [...] La alimentación del recién nacido constituye una de las actividades que más ocupa durante este período. Si no hay contraindicación, la forma preferible es la alimentación al pecho. Las mujeres deberían tomar la decisión del tipo de lactancia durante la gestación. Cuando deseen realizar lactancia materna, deberán ser apoyadas y animadas desde el mismo momento del parto. Empezarán tan pronto como sea posible y se evitarán los suplementos (agua, sueros orales o fórmulas lácteas) que no sean estrictamente necesarios”*⁽⁴²⁾ La Federación catalana de grupos de apoyo a la lactancia materna, realizó una gráfica donde mostraba la evolución de la lactancia

materna durante el primer año de vida del recién nacido comparando los años 1989, 1999 y 2005; se puede observar que a medida que van avanzando los años, va incrementándose el periodo de lactancia. Al nacer el niño, en 1989 solo 70% de las madres catalanas decidían dar de mamar a sus hijos; en 1999 y 2005 esta opción pasó a tomarla un 80%. A los 6 meses de edad en 1989 lactaban menos del 10% de los niños, en 1999 el 20%, y en el 2005 se incrementó al 30%.⁽⁴³⁾ Un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de las variables peso y longitud medidos en los controles de salud sistemáticos, de todos los niños nacidos entre 1998-2001 en una zona de salud, con una misma pauta de alimentación complementaria. De los 256 nacidos en ese período, se excluyeron 30 (11,71%) por distintos motivos y completaron el seguimiento 226 niños (52,2% varones). Con respecto a las referencias españolas, la puntuación Z en varones a los doce y veinticuatro meses respectivamente fue de 0,28 en peso, y 0,59 en longitud. En mujeres la puntuación Z fue similar en, y mayor aún en, siendo la diferencia en todos los casos estadísticamente significativa. A los dos años, el 17,75% de las niñas y el 8,47% de los niños superan en longitud el percentil 97 de dichas gráficas. No hubo en ningún sexo diferencias en longitud a los dos años con respecto al estudio Euro-Growth. Es decir, se observa un incremento significativo en las medidas antropométricas en los primeros dos años, con respecto a las gráficas elaboradas con niños nacidos dos décadas antes, especialmente en longitud y sexo femenino.⁽⁴⁴⁾ María José Lozano, pediatra y miembro del Comité de lactancia materna de la A.E.P nos informa de cómo debemos valorar el crecimiento saludable del lactante y nos habla de un nuevo patrón de crecimiento⁽⁴⁵⁾ ya que en 1993, la OMS llevó a cabo un examen exhaustivo de las aplicaciones y la interpretación de los patrones antropométricos. Este examen llegó a la conclusión de que el patrón de crecimiento del National Center for Health Statistics y de la OMS (NCHS/OMS), que había sido recomendado para su uso internacional desde finales de los años setenta, no representaba adecuadamente el crecimiento en la primera infancia y se necesitaban nuevas curvas de crecimiento. La Asamblea Mundial de la Salud apoyó esta recomendación en 1994.⁽⁴⁵⁾ En el año 2003, obtuvieron el premio de nutrición Marugán de Miguelsanz y colaboradores por el “*Estudio del crecimiento de niños sanos contemporáneos. Influencia del modelo de lactancia sobre el estado nutricional*” Este estudio contó con un total de 121 niños, 60 varones y 61 mujeres, nacidos en los años 1999 y 2000, que cumplieron todos los criterios de inclusión, y completaron el seguimiento desde el nacimiento hasta los dos años; y descubrieron que el crecimiento en peso y talla de niños normales de nuestro medio es superior desde los seis a los veinticuatro meses, en relación a las gráficas de crecimiento españolas más utilizadas en la práctica clínica en ese periodo, esta diferencia es más apreciable en talla, y en el sexo femenino; el perímetro craneal en varones mostró datos superponibles a dichas referencias de crecimiento, pero las niñas de nuestro estudio mostraron también un crecimiento superior del mismo; por un lado existe una perfecta correlación entre los parámetros antropométricos básicos, en distintos puntos de medida, en dicho período de la

vida; por otro lado no encontraron relación entre el tipo de lactancia realizada en los primeros meses, y el crecimiento en los dos primeros años de vida; estos hallazgos les parecían aconsejar la elaboración de nuevas curvas de crecimiento más acordes con la realidad actual, pero no parece necesario elaborar curvas de niños lactados exclusivamente al pecho, al menos en nuestro entorno.⁽⁴⁶⁾ La OMS llevó a cabo el Estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento (MGRS) entre 1997 y 2003, a fin de generar nuevas curvas para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños en todo el mundo; el estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento combinó un seguimiento longitudinal desde el nacimiento hasta los veinticuatro meses de edad y un estudio transversal de los niños de entre dieciocho y setenta y un meses; y se recogieron datos de 8440 lactantes y niños pequeños, de entornos culturales muy diversos, saludables, alimentados con leche materna.⁽⁴⁷⁾ En Abril Del 2006, la OMS publica las nuevas gráficas de referencia, este nuevo patrón de crecimiento incluye patrones innovadores, proporciona datos científicos sobre cómo deben crecer los niños de todo el mundo en vez de describir cómo crecen en un tiempo; además son un medio de defensa de protección, fomento y apoyo de la lactancia materna y una alimentación complementaria adecuada; la utilización de los nuevos estándares de la OMS condicionará que un menor número de lactantes de más de cuatro meses sean catalogados de bajo peso o de desnutrición, pérdidas leves de peso se asocian raramente a problemas médicos y sociales. Con esto podemos decir que el crecimiento del lactante tiene una relación directa con su alimentación, el lactante alimentado con leche materna es el patrón natural del crecimiento fisiológico ya que la leche materna es idónea para el crecimiento saludable, el desarrollo cognitivo y la salud a largo plazo. Las evidencias de los beneficios de la alimentación con leche materna para la salud de los niños, de sus madres y de la comunidad, y los perjuicios del no amamantamiento, justifican la utilización del nuevo patrón de la OMS para valorar el crecimiento de todos los niños, independientemente del tipo de alimentación.⁽⁴⁵⁾

El término “promoción de la salud” fue utilizado por primera vez en 1945 cuando Sigerist H. definió que la salud se promueve promocionando adecuadas condiciones de vida, de trabajo, educación, cultura y medios de descanso y recreación adecuados; es muy importante promover la lactancia materna de manera adecuada y para tal fin se requiere del esfuerzo coordinado de los sectores políticos, laborales, industriales, educadores y personal sanitario. Para promover correctamente la lactancia materna, deben conocerse de antemano las ideas, mitos y creencias que la familia tiene acerca de la lactancia materna y la alimentación infantil, con lo cual se puede iniciar la intervención desde el conocimiento de las personas para fortalecer la lactancia como un hábito y un proceso natural en la vida de las familias. Es conveniente que se deba iniciar la promoción de la lactancia materna desde el primer momento que el profesional en salud tenga contacto con las usuarias que se encuentran en la edad reproductiva, incluso en las edades escolares dirigidas a ambos sexos.⁽⁴⁸⁾ Las recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna

de la Asociación Española de Pediatría insisten en que *“la lactancia materna tiene un efecto protector frente al síndrome de muerte súbita en el lactante y, por otro lado, el colecho es una práctica beneficiosa para el mantenimiento de la lactancia materna, pero también se considera un factor que aumenta el riesgo del síndrome de muerte súbita en el lactante por lo que no debe ser recomendado en: lactantes menores de tres meses de edad; prematuridad y bajo peso al nacimiento; padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes; situaciones de cansancio, especialmente de cansancio extremo, como el postparto inmediato; colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones; compartir la cama con otros familiares, con otros niños o con múltiples personas; aquellos padres que deseen mantener una mayor proximidad con su bebé durante la noche, pueden optar por colocar la cuna al lado de la cama o utilizar una cuna tipo sidecar (superficie independiente adosada a la cama de los padres), que facilita la lactancia y no interfiere con la frecuencia de las tomas de pecho.”* ⁽⁴⁹⁾ La RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) realizó un folleto informativo sobre la lactancia materna en el que recoge que los enfermeros y otros profesionales sanitarios pueden apoyar la decisión de las madres de amamantar a su bebé, ayudándoles en su experiencia de lactancia de varias maneras; antes del nacimiento del bebé, los enfermeros les preguntaran acerca de su decisión respecto a la lactancia materna, su sistema de apoyo (incluidos familiares, amigos y otros proveedores de la asistencia sanitaria), las actitudes respecto a la lactancia de las personas de su sistema de apoyo; y sobre los factores de salud previos y actuales. Los enfermeros y otros profesionales de la salud, pueden apoyar la lactancia proporcionando educación para que puedan tomar decisiones informadas sobre la alimentación de su bebé; trabajar con las madres para aumentar sus conocimientos y habilidades en cuanto a la lactancia materna; asegurarse de que las madres conocen sus derechos para amamantar a su bebé; fomentar una red de apoyo a la lactancia materna; trabajar en su comunidad para establecer lugares favorables a la lactancia materna; y proporcionarles información acerca de los recursos existentes en su comunidad para obtener información adicional o ayuda con la lactancia materna.⁽⁵⁰⁾ A los profesionales en la salud les corresponde fortalecer las capacidades de cada familia para criar y cuidar a sus hijos orientando y educando a la madre, permitiendo así que cada mujer haga una elección, sobre amamantar o no, basada en conocimientos.⁽⁵¹⁾ Rubio-Rodríguez realizó un estudio titulado *“Análisis económico de la promoción intensiva y especializada de la lactancia materna en las unidades neonatales en España”*

Intervención	Costes (€)	Diferencia de costes (€)	AVAC	Diferencia de AVAC	Coste por AVAC (RCE, €)	Coste por AVAC ganado (RCEI, €)
Neonatos de 500-999 g						
Sí	22.196,23		18,937		1.172,10	Dominante ^a
No	40.147,44	17.951,21	17,185	-1,752	2.336,19	
Neonatos de 1.000-1.749 g						
Sí	9.051,20		23,556		384,24	Dominante ^a
No	13.786,84	4.735,64	23,222	-0,334	593,69	
Neonatos de 1.750-2.500 g						
Sí	6.897,78		24,515		281,36	Dominante ^a
No	9.303,36	2.405,58	24,359	-0,156	381,92	

^a La no intervención es «dominada» por la intervención porque es menos efectiva y conlleva mayores gastos que esta. En otras palabras, la intervención para la promoción de la lactancia materna es la opción «dominante».
AVAC: año de vida ajustado por calidad; RCE: ratio coste-efectividad; RCEI: ratio coste-efectividad incremental.

Figura 1. ⁽⁵²⁾

En la tabla podemos ver que según las estimaciones efectuadas, el coste de la intervención especializada para la promoción de la lactancia materna ascendería a 9,54€ (3,89€ a 12,51€) por puerpera, esto haría que la intervención especializada genere menos costes que la no intervención (con ahorros de 17.951,21€, 4.735,64€, 2.405,58€ por neonato de 500-999g, 1.000-1.749g y 1.750-2.500g de peso, respectivamente).⁽⁵²⁾ El AVAC es una medida de la salud basada en varios supuestos,⁽⁵³⁾ la intervención especializada generaría más AVAC por paciente que la no intervención (1,752; 0,334 y 0,156 AVAC por neonato de 500-99g, 1.000-1.749g y 1.750g de peso, respectivamente; también la intervención especializada para la promoción intensiva de la lactancia materna sería la opción dominante, ya que generaría más AVAC (sería más eficaz) con menores costes que la no intervención.⁽⁵²⁾

En las Guías de Buenas Prácticas en Enfermería, podemos encontrar un resumen de las recomendaciones que nos propone 11 puntos, del 1 al 7 son recomendaciones para la práctica, el 8 es una recomendación para la formación, del 9 al 11 son recomendaciones para la institución y las directrices. Los primeros siete puntos nos recomienda que los enfermeros deben respaldar la Iniciativa humanitaria para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), que indica a los centros de asistencia sanitaria cómo cumplir “los 10 pasos para una lactancia feliz” (nivel de evidencia III); respaldar la recomendación de la OMS de dar lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, e introducir alimentos complementarios junto la lactancia materna hasta los dos años o más (nivel de evidencia III); realizar una evaluación de forma integral de la madre, el bebé y la familia, abordando el tema de la lactancia materna tanto de forma prenatal como puerperal, para facilitar la intervención y el desarrollo de un plan de lactancia materna (nivel de evidencia III); los enfermeros proporcionarás formación a las parejas de edad fértil, madres embarazadas y sus parejas o familias, y les ayudarán a tomar decisiones informadas acerca de la lactancia materna; intervenir en las clases de educación sanitaria informales, en grupos pequeños durante el periodo prenatal (nivel de evidencia I); los enfermeros realizarán una evaluación integral de la madre, el bebé y la familia en os concerniente a la lactancia antes del alta (nivel de evidencia II); y los enfermeros con experiencia y competencias en lactancia materna deberán proporcionar

apoyo a las madres en las etapas prenatal y puerperal (nivel de evidencia I); La recomendación 8 nos indica que los enfermeros que proporcionen apoyo a la lactancia materna deberán recibir obligatoriamente formación en lactancia (nivel de evidencia II-2); y las recomendaciones para la institución y las directrices nos indican que los centros de atención sanitaria han de revisar sus programas de formación en lactancia materna para el público, y realizar los cambios necesarios según las recomendaciones la guía de buenas prácticas (nivel de evidencia III); las instituciones y centros de atención sanitaria deberán aspirar a recibir la acreditación de la IHAN (nivel de evidencia III); las guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos.⁽⁵⁴⁾

Como dice Lavina Belli, de La Liga de Leche de Noruega *“puede que la lactancia no sea la mejor opción para todas las madres, pero es la mejor opción para todos los bebés”*

4. JUSTIFICACIÓN

En una de las Guías de Buenas Prácticas en Enfermería de la RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) podemos destacar el punto 4 del resumen de las recomendaciones. Este punto está dentro del apartado *“Recomendaciones para la práctica”* y dice así *“los enfermeros proporcionarán formación a las parejas de edad fértil, madres embarazadas y sus parejas o familias, y les ayudarán a tomar decisiones informadas acerca de la lactancia materna. Se deberá incluir, como mínimo, información acerca de: beneficios de la lactancia materna (nivel I); estilo de vida (nivel III); producción de leche (nivel III); posturas para la lactancia materna (nivel III); agarre y transferencia de leche (nivel II-2); prevención y solución de problemas (nivel III); intervenciones médicas (nivel III); cuándo pedir ayuda (nivel III); dónde conseguir información y recursos adicionales (nivel III)”*⁽⁵⁴⁾ con esto deja claro la importancia de que los jóvenes fértiles posean información suficiente sobre la lactancia materna para poder tomar una decisión sobre la alimentación de sus posibles hijos.

Apoyándonos en los estudios referenciados anteriormente, todavía una gran parte de la población de los años 90 del siglo pasado, se ven influenciados por mantener la figura, por sentir que pierden parte de su tiempo y de su libertad por estar dando el pecho, e influenciadas también por las dificultades de mantener una actividad laboral; podríamos aportar conocimientos a esta generación para acabar con esas leyendas, a través de la impartición de charlas informativas sobre la lactancia materna ofrecidas en institutos por matronas, son experiencias muy enriquecedoras y nutren de mucha información que hasta entonces puede que desconozcan; pueden cambiar su punto de vista, su forma de pensar, que cambien de opinión, pueden obtener un juicio propio

basado en la evidencia científica para decidir que, si algún día tienen un hijo, lo alimentarán con lactancia natural sin lugar a duda. Está claro que estas intervenciones protagonizadas por las matronas, ni pueden abarcar todos los centros de enseñanza, ni el tiempo que se les ofrece parece suficiente para cubrir las necesidades de información de los jóvenes; y además, puede ser que los que reflexionen, cambien de nuevo de opinión con el paso del tiempo.

Sería más efectivo si esto se inculcarse de manera más habitual por un profesor; la relación entre profesor y alumno es un vínculo potencialmente inspirador que puede orientar, reforzar y sacar lo mejor de cada niño. Existen dos realidades educativas una más explícita, que englobaría el discurso del profesor y las actividades programadas, y otra más implícita, que es el entorno que envuelve las relaciones que se establecen en el aula, en este impera la comprensión, el respeto, la confianza, la comunicación, el reconocimiento la sinceridad y la cooperación; permite que los niños sean ellos mismos y que se sientan cómodos exponiendo sus ideas y dudas de forma segura. Parece que sería más adecuado que se inculcarse en el entorno más implícito. Los profesores educan a jóvenes fértiles, ellos influyen mucho sobre el conocimiento y la educación de estos, son un escalón fundamental, por eso es importante conocer el nivel de información que tienen los docentes, porque son una fuente directa de información para muchos adolescentes, que probablemente, en un futuro se verán en la situación de elegir entre lactancia materna o utilización de sucedáneos. De nuestro estudio podrían derivarse hallazgos relacionados con un déficit de conocimiento de los profesores sobre la lactancia materna y/o la aportación de recursos escasos o nulos por parte de las autoridades educativas. En este caso, sería conveniente iniciar acciones ante las diferentes estructuras políticas y académicas, tales como el Ministerio de Educación y el Ministerio de Sanidad, para paliar estos problemas; podríamos, por ejemplo, realizar un programa de educación sanitaria en el que estuviese incluido un curso de profundización en la lactancia materna para los profesores.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL: Explorar el nivel de información de los docentes de los Institutos Públicos del Puerto de la Cruz sobre la lactancia materna.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Indagar el nivel de información que poseen sobre las ventajas de la lactancia materna para el bebé.
- ✓ Explorar la creencia de los docentes sobre la compatibilidad del mundo laboral con el amamantamiento.

- ✓ Determinar la información que los docentes ofrecen a sus alumnos para resolver dudas sobre la lactancia materna.
- ✓ Enumerar las sesiones que se imparten en un año escolar sobre la L.M.
- ✓ Indagar la viabilidad de incorporar en el currículo educativo la enseñanza de la lactancia natural en la enseñanza de los beneficios de la lactancia materna.
- ✓ Determinar los recursos que la Conserjería de Educación pone a la disposición de los profesores para ayudarles.

6. METODOLOGÍA

- **6.1 DISEÑO:** Se realizará un estudio de carácter descriptivo, transversal y retrospectivo.
- **6.2 POBLACIÓN DIANA:**

El universo del presente estudio lo integran los profesores que imparten docencia a los alumnos de 3º,4º de la E.S.O y 1º,2º de bachillerato en los tres institutos (públicos) del Puerto de la Cruz: I.E.S Puerto de la Cruz Telesforo Bravo; I.E.S Agustín de Betancourt; I.E.S María Pérez Trujillo. La plantilla incluye un total de 126 docentes que cumplen los requisitos.

- **6.3 MUESTRA:**

Dado el reducido tamaño de la población y teniendo en cuenta las pérdidas previsibles hemos considerado oportuno que la muestra tenga el mismo tamaño que la población 126.

- **6.4 VARIABLES E INSTRUMENTOS:**

Variables socio-demográficas:

- **Edad:** Variable cuantitativa, expresada en años.
- **Sexo:** variable cualitativa dicotómica: hombre o mujer.
- **Hijos:** Variable cualitativa, dicotómica: Si/No.
- **Año de finalización de la carrera:** variable cuantitativa, se expresará en años.
- **Años que llevan ejerciendo como profesores:** Variable cuantitativa discreta, expresada en años.
- **Área en el que ejerce como profesor:** Variable cualitativa politómica, cinco ítems: ciencias de la salud, ciencias sociales, ciencias tecnológicas, letras, arte, otros).

Variable de Conocimientos previos:

Para la medición de esta variable se incluirán 10 ítems en el protocolo de recogida de la información que recogen los conocimientos que poseen los sujetos de la muestra participante en este estudio.

- Conocimiento sobre si todas las mujeres producen leche: Variable cualitativa, dicotómica: Si/No.
- Conocimiento sobre qué tipo de leche es más saludable para el bebé: Variable cualitativa, politómica, con tres ítems de respuesta: Lactancia artificial, lactancia mixta, lactancia materna.
- Momento de finalización de lactancia materna: Variable cualitativa politómica, con cuatro ítems de respuesta: tres meses, seis meses, hasta que le salgan los dientes, hasta los veinticuatro meses o más.
- Conocimiento sobre los refuerzos con leche artificial después de la toma de lactancia natural para completar la toma: Variable cualitativa, dicotómica: Si/No.

- Tipo de beneficios de la lactancia materna: Variable cualitativa politómica, con cuatro ítems de respuesta: Agentes bioactivos (disminuye el riesgo de infecciones y favorece la maduración del tracto intestinal), citoquinas (agente bioactivo con efecto inmunomodulador), su composición cambia cada día y se adapta al bebe, su única función es la alimentación.
- Frecuencia de dar de mamar al bebé a lo largo del día: Variable cuantitativa, con tres ítems de respuesta: cuatro veces al día, cada tres horas, cada vez que quiera.
- Frecuencia de dar de mamar al bebé a lo largo de la noche: Variable cuantitativa, con tres ítems de respuesta: nada, cada tres horas, cada vez que quiera.
- Prioridad de importancia para un niño que acaba de nacer: Variable cualitativa, con cuatro ítems de respuestas: bañarlo, dejarlo en contacto con la madre, llevarlo al nido para que la madre descanse, darle un biberón.
- Deterioro del pecho al realizar la lactancia materna: Variable cualitativa dicotómica: Sí/No
- Facilidad para las madres: Variable cualitativa dicotómica: dar de mamar, dar un biberón.

Variables de Actitudes ante la lactancia materna:

Para la medición de esta variable de esta variable se incluirán 7 ítems en el protocolo de recogida de la información, a saber:

- Periodo en que fue alimentado al pecho: Variable cuantitativa, expresada en meses, con cuatro ítems de respuesta: Menos de dos meses, entre seis y doce meses, veinticuatro meses o más, no fui alimentado por lactancia materna.
- Opción de futuro de como alimentar al bebe: Variable cualitativa dicotómica: Lactancia materna, lactancia artificial
- Tiempo durante el cual han amamantado o amamantarán a sus hijos: Variable cuantitativa, expresada en meses, con cuatro ítems de respuesta: cero meses, tres meses, seis meses, doce meses, veinticuatro meses o más.
- Frecuencia en la que realiza comentarios a los alumnos sobre la lactancia materna: variable cualitativa, con cuatro ítems de respuesta: nunca, una vez, poco, bastante.
- Frecuencia en la que los alumnos reciben charlas informativas sobre la lactancia materna: Variable cuantitativa, con dos ítems de respuesta: alguna vez, nunca
- Impartición del tema de la lactancia materna: Variable cualitativa dicotómica: Sí/No
- Recursos que la Consejería de Educación facilita para que los profesores impartan temas sobre la lactancia natural. Variable cuantitativa, con cuatro ítems de respuesta: nada, alguno, varios, bastante.

Variable de Creencias acerca de la lactancia materna:

Para la medición de esta variable de esta variable se incluirán 6 ítems en el protocolo de recogida de la información que recogen las creencias de los sujetos de la muestra participante en este estudio.

- Facilidad para las madres: Variable cualitativa dicotómica: dar de mamar, dar un biberón.
- Abandono del amamantamiento por creer que estropea el pecho: Variable cualitativa, dicotómica: Sí/No.
- Compatibilidad del mundo laboral con la lactancia materna: Variable cualitativa, dicotómica: Sí/No
- Importancia la lactancia materna en la formación de los alumnos: Variable cualitativa dicotómica: Sí/No.
- Aportaciones de la formación de los alumnos sobre la lactancia materna que les sirva para un futuro: Variable cualitativa dicotómica: Sí/No
- Posibilidad de incorporar en la educación sanitaria la lactancia materna: Variable cualitativa dicotómica: Sí/No

• **6.5 MÉTODOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN:**

Como método de recogida de la información nos serviremos de un cuestionario autoadministrado, de carácter voluntario en el que se han incluido todas las variables del estudio; dicho cuestionario lo hemos elaborado a partir de los cuestionarios utilizados por la doctora Hernández, M. C. en su tesis doctoral (*“Programa de intervención educativa como promoción de La lactancia materna en adolescentes”*, 2009) y modificado a efectos de nuestra investigación. El cuestionario será validado utilizando una muestra piloto aleatoriamente extraída entre los sujetos de la muestra. Los sujetos de la muestra cumplimentarán el cuestionario tras una breve explicación del propósito de la investigación, ya que, junto con el cuestionario se le adjuntará un informe indicando que, una vez finalizada la cumplimentación del mismo, deberán dejarlo en un casillero que se encontrará en la sala de profesores, se les asegurará su anonimato, se les pedirá sinceridad en las respuestas y se les agradecerá su colaboración, asegurando que solo les llevará unos pocos minutos de su tiempo.

• **6.6 ANALISIS ESTADÍSTICOS:**

De acuerdo a los objetivos que nos hemos marcado en este estudio de carácter exploratorio, se llevarán a cabo análisis estadísticos descriptivos sobre las variables socio-demográficas incluidas en el estudio, utilizando estadísticos de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

En el caso de las variables conocimientos previos, actitudes y creencias utilizaremos estadísticos de frecuencia, tablas de frecuencias absolutas y relativas y comparación de porcentajes.

Se utilizará la correlación de Pearson para analizar las posibles relaciones existentes entre las variables cuantitativas incluidas en las características sociodemográficas de la muestra y las puntuaciones de las escalas.

Las diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de actitudes y creencias serán comparadas utilizando la T de Student.

Los datos serán tratados con el paquete estadístico SPSS 21.00

- **6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Para llevar a cabo este proyecto, se recabará el consentimiento de las autoridades académicas de los institutos implicados, acompañando una información que contendrá el propósito general del estudio, la metodología a emplear y los cuestionarios que de forma anónima y voluntaria serán cumplimentados por los profesores del claustro incluidos en la muestra.

Esta investigación trata con personas y garantizamos que se conservará el anonimato de las mismas y la confidencialidad de sus datos ya que se deben cumplir con los principios éticos y morales. Principios éticos de la investigación científica: autonomía y ausencia de engaño, consentimiento informado, anonimato y confidencialidad protección de los sujetos de la muestra participante y abandono de la investigación. Se les ruega máxima sinceridad. Nos comprometemos a hacerles llegar un resumen con los resultados de la investigación al finalizar la misma.

- **6.8 CRONOGRAMA**

Actividades	Tiempo
Solicitud de permisos	1 Julio de 2015.
Validación del cuestionario	15 Julio de 2015.
Recogida de datos	Del 16 al 23 Julio de 2015.
Tratamiento estadístico de los datos	Julio-Agosto de 2015.
Redacción del informe preliminar	Septiembre de 2015.
Elaboración del informe final	Septiembre de 2015.
Difusión de los resultados	Octubre de 2015.

• **6.9 PRESUPUESTO:**

Materiales:	Coste:
Material de oficina: folios, sobres y material consumible.	30€
Material informático: cartuchos , etc.	50€
Tratamiento estadístico de los datos.	500€
Total:	580€

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 12th ed. Barcelona: Salvat; 1984. p.622.
2. O.M.S. Lactancia materna. [Online]. [citado 2015 10 20]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
3. González Cortijo T, Sánchez-Contador Escudero C. Guía de lactancia materna. [Online].; 2009 [citado 2014 10 20]. [aprox. 5 pantalla]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf.
4. González C. Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna. Madrid: Temas de hoy; 2006.
5. R.A.E. Real Academia de la Lengua Española. Mamífero. [Online]. [citado 2014 10 30]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=mam%EDfera>.
6. Geijo MJ. Lactancia Materna. [Online].; 2007 [citado 2014 10 20]. [aprox. 15 pantalla]. Disponible en: http://www.uv.es/previnfad/sesiones/GpapA10_LM2.pdf.
7. Hernández Gamboa E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. Revista enfermería actual en Costa Rica. [Online].; 2009 [citado 2014 10 24]. [aprox. 6 pantalla]. Disponible en: <dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745761.pdf>.
8. Passarelli I. Lactancia materna: su importancia en los primeros seis meses. [Online]. Buenos Aires, Argentina; 2009 [citado 2014 11 2]. [aprox. 2 pantalla]. Disponible en: http://www.ceid.edu.ar/biblioteca/2009/irma_passarelli_lactancia_materna.pdf.
9. Latham MC. Nutrición Humana en el mundo en desarrollo. [Online].; 2002 [citado 2014 10 25]. [aprox. 17 pantalla]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>.
10. UNICEF. Estado mundial de la infancia. Enfoques 1998. Diez pasos hacia una feliz infancia. [Online].; 1998 [citado 2014 10 30]. [aprox. 2 pantalla]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/slight2.htm>.
11. Díaz Gómez N. M. La leche materna como "gold estándar" en alimentación infantil. [Online].; 2014 [citado 2014 11 2]. [aprox. 7 pantalla]. Disponible en: <http://saludmaternoinfantil.es/wp-content/downloads/curso2014/charlas/LM-GOLD-STANDAR.pdf>.
12. Vargas Bonilla A. Revista de Enfermería Actual en Costa Rica. La lactancia materna y sus beneficios. [Online].; 2009 [citado 2014 11 2]. [aprox. 12 pantalla]. Disponible en: <dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745763.pdf>.
13. Nación Panamericana de la Salud,. Consejería en Lactancia Materna. Curso de Capacitación. [Online].; 2007 [citado 2014 11 2]. [aprox. 9 pantalla]. Disponible en:

http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf.

14. Newcomb P, Storer B, Longnecker M, Mittendorf R, Greenberg R, Clapp R, et al. Lactation and a Reduced Risk of Premenopausal Breast Cancer. *N Engl J Med*. 1994 Jan; 81-7
15. Zamora Pasadas M. Lactancia Artificial. Formulas Pasadas. 1st ed. Alcalá: Alcalá grupo editorial; 2011.
16. Díaz Gómez NM. Tema 5. Alimentación del lactante. Lactancia materna. [Online].; 2013 [citado 2014 12 22]. [aprox. 5 pantalla]. Disponible en: <https://campusvirtual.ull.es/1314/course/view.php?id=288>
17. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica: Panamericana; 2008.
18. OMS, UNICEF. Alimentación complementaria. [Online].; 2015 [citado 2015 01 3]. [aprox. 1 pantalla] Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/comp_feeding/es/.
19. Organización Panamericana de la Salud, OMS. Principios de orientación para la alimentación. [Online]. Washintong DC; 2003 [citado 2014 11 2]. [aprox. 20 pantalla]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf.
20. García Valdecantos E. El mundo ¿Por qué no es suficiente la leche materna a partir de los 6 meses? [Online].; 2014 [citado 2014 11 17]. [aprox. 2 pantalla]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/yodona/2014/11/18/546b18eaca474107168b457d.html>.
21. RAE. Diccionario de la lengua española. [Online].; 2012 [citado 2015 01 17]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=complementario>.
22. Romero Manzano A, Hernández Pérez C. Lactancia prolongada: Contesxo social y cultural. [Online].; 2014 [citado 2014 11 27]. [aprox. 19 pantalla]. Disponible en: <http://saludmaternoinfantil.es/wp-content/downloads/curso2014/charlas/LM-PROLONGADA-CONTEXTO-SOCIAL.pdf>.
23. EuropaPress. El Papa da permiso a las madres para que den el pecho a sus hijos. [Online].; 2014 [citado 2014 11 27]. [aprox. 2 pantalla]. Disponible en: <http://www.europapress.es/sociedad/noticia-papa-da-permiso-madres-den-pecho-hijos-bautizo-capilla-sixtina-20140112124604.html>.
24. Osorno J. Lactancia materna y salud pública. [Online].; 2012 [citado 2015 01 17]. [aprox. 2 pantalla]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/105482578/Osorno-Jairo-2012-Lactancia-Materna#scribd>.

25. Báez D. Lactancia Materna y sexualidad. [Online].; 2014 [citado 2014 11 2]. [aprox.8 pantalla]. Disponible en: <http://saludmaternoinfantil.es/wp-content/downloads/curso2014/charlas/SEXUALIDAD-Y-LACTANCIA.pdf>.
26. SINA. San Bernardo de Claraval, el milagro de la lactancia. [Online]. Valencia; 2009 [citado 2014 11 2]. [aprox. 2 pantalla]. Disponible en: <http://www.asociacionsina.org/2009/09/12/san-bernardo-de-claraval-el-milagro-de-la-lactancia/>.
27. AEP. Lactancia materna ademandada. [Online].; 2013 [citado 2014 10 2]. [aprox. 2 pantalla]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-demanda>.
28. FUNDALAM. Posiciones y enganche correctos para amamantar. [Online].; 2014 [citado 2015 01 17]. [aprox. 2 pantalla]. Disponible en: <http://www.planetamama.com.ar/nota/posiciones-y-enganche-correctos-para-amamantar>.
29. Sánchez A. MITOS Y CREENCIAS POPULARES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA. [Online].; 2014 [citado 2015 01 17]. [aprox. 12 pantalla]. Disponible en: http://saludmaternoinfantil.es/wp-content/downloads/curso2014/charlas/MITOS_LM.pdf
30. Martín Cantero N. El País BuenaVida. [Online].; 2014 [citado 2014 11 2]. [aprox. 3 pantalla]. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2014/09/29/buenavida/1412006655_002098.html.
31. SINA. Lactancia materna: Mitos y falsas creencias. [Online].; 2013 [citado 2015 01 17]. [aprox. 2 pantalla]. Disponible en: <http://www.asociacionsina.org/folletos/mitos.pdf>.
32. Calzinari A. La depresión postparto. [Online].; 2013 [citado 2015 01 17]. [aprox. 3 pantalla] Disponible en: <http://www.planetamama.com.ar/nota/la-depresi%C3%B3n-posparto>.
33. Cox J, M. Holden R, Sagovsky. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburg. [Online].; 1987 [citado 2015 01 17]. [aprox. 3 pantalla]. Disponible en: <http://saludmaternoinfantil.es/wp-content/downloads/curso2014/documentos/Escala-Depresion-Postparto-Edinburgh-Scale.pdf>.
34. González Darías A. Características maternas relacionadas con el éxito o fracaso de la lactancia materna. [Online].; 2014 [citado 2015 01 24]. [aprox. 16 pantalla]. Disponible en: <http://saludmaternoinfantil.es/wp-content/downloads/curso2014/charlas/Caracteristicas-maternas-LM.pdf>
35. Molina Conejo I. Factores que influyen en el éxito de la lactancia materna. [Online].; 2009 [citado 2015 01 22]. [aprox. 12 pantalla]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745769>.
36. Kemmer F. Breastfeeding self-efficacy and alternative techniques to overcome maternal or infant breastfeeding challenges: a retrospective descriptive study. [Online].; 2011 [citado 2015 01 25]. [aprox. 26 pantalla]. Disponible en: http://eprints.qut.edu.au/47144/1/Frances_Keemer_Thesis.pdf.
-

37. INE. Tipo de lactancia por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia y duración. [Online].; 2012 [citado 2015 01 22]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/10/&file=d06003.px.
38. Contreras Briceño JI, Sosa E, Marquina M , Quintero AM. Prácticas de salud y necesidades educativas sobre lactancia materna e inmunizaciones en madres con hijos(as) de hasta seis meses de edad. [Online].; 2010 [citado 2015 01 22]. [aprox. 13 pantalla]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/31454/3/artic1.pdf>.
39. INE. Estilos de vida. [Online].; 2006 [citado 2015 01 22]. [aprox. 430 pantalla]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/EstilosVidaPorcentaje.pdf>.
40. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G, Grupo Colaborativo CALINA. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. [Online].; 2013 [citado 2015 01 22]. [aprox. 6 pantalla]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90249441&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=87&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v79n05a90249441pdf001.pdf.
41. Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A , Aguar M, Ventog M. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. [Online].; 2014 [citado 2015 01 28]. [aprox. 6 pantalla]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90264242&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=11&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=37v80n01a90264242pdf001.pdf.
42. Doménech E, González N, Rodríguez-Alarcón J, Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de Canarias, Universidad de La Laguna, Servicio de Neonatología del Hospital de Cruces, Universidad del País Vasco. Cuidados generales del recién nacido sano. [Online].; 2008 [citado 2015 01 28]. [aprox. 4 pantalla]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf.
43. Federació Catalana de Grups de suport a la lactància materna. Datos lactancia. [Online].; 2005 [citado 2015 01 28]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.grupslactancia.org/es/federacion-catalunya/datos-de-2005>.
44. Marugán de Miguelsanz JM, Torres Hinojal MC, Fernández Castaño MT, Fuentes Acebes MC, Herrero Mendoza MB, Robles García MB. Crecimiento de niños sanos de 0 a 2 años y comparación con las gráficas de referencia. [Online].; 2005 [citado 2015 01 28]. [aprox. 8 pantalla]. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/crecimiento-ninos-sanos-0-2/articulo/13073242/>.

45. Lozano MJ. ¿Cómo debemos valorar el mo debemos valorar el crecimiento saludable del lactante?. [Online].; 2010 [citado 2015 01 28]. [aprox. 57 pantalla]. Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/muller/3CrecDesLactAmamantado.pdf>.
46. Marugán de Miguel sanz JM, Torres Hinojal MC, Herrero Mendoza MB, Robles García MB. Premio de nutrición. Estudio del crecimiento de niños sanos contemporáneos. [Online].; 2003 [citado 2015 01 28]. [aprox. 7 pantalla]. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/186/BolPediatr2003_43_417.pdf.
47. OMS. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. [Online].; [citado 2015 01 28]. [aprox. 3 pantalla]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/media_page/tr_summary_spanish.pdf.
48. Esquivel DB. Promoción de la lactancia materna. [Online].; 2009 [citado 2015 01 22]. [aprox. 4 pantalla]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745762>.
49. AEP. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. [Online].; 2012 [citado 2015 01 22]. [aprox. 9 pantalla]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>.
50. RNAO. Folleto informativo sobre salud. De las enfermeras para usted. [Online].; 2004 [citado 2015 01 28]. [aprox. 3 pantalla]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/spanish_fact_sheet_breastfeeding.pdf.
51. Calvo Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. [Online].; 2009 [citado 2015 01 22]. [aprox. 12 pantalla]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745766>.
52. Rubio-Rodríguez. Análisis económico de la promoción intensiva y especializada de la. [Online].; 2012 [citado 2015 01 22]. [aprox. 14 pantalla]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90156995&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=152&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v77n05a90156995pdf001.pdf.
53. Pinto-Prades JL, Puig-Junoy J, Ortún-Rubio V. Análisis coste-utilidad. [Online].; 2001 [citado 2015 01 22]. [aprox. 8 pantalla]. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/paper34.pdf>.
54. RNAO. Guía de buena práctica de enfermería. Resumen de las recomendaciones. [Online].; [citado 2015 01 28]. [aprox. 5 pantalla]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/spanish_bpg_breastfeeding_summary.pdf.

Otra bibliografía consultada:

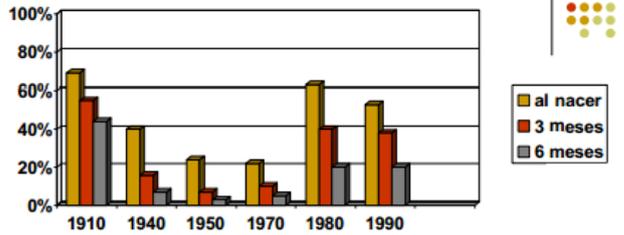
- Medicamentos y lactancia. Hospital de Denia: www.e-lactancia.org
- Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna:
www.aeped.es/comite-lactancia-materna
- Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN): www.ihan.es La Liga de la Leche:
www.laligadelaleche.es Otros idiomas: www.lalecheleague.org
- Vía Láctea, Aragón: www.vialactea.org
- Alba Lactancia Materna, Cataluña: www.albalactanciamaterna.org
- Fedalma, Federación de Asociaciones de Lactancia Materna: www.fedalma.org
- Parto e inicio de la lactancia: www.quenoosseparen.info
- Amamantar a gemelos: www.multilacta.org
- Holistika: www.holistika.net/parto_natural/lactancia_materna.asp

ANEXOS

8. ANEXOS

Anexo I.

Evolución de la lactancia materna EE.UU. 1910-1990



Anexo II.

- Dejando descansar sus dedos sobre la pared torácica, de manera que su índice forme un soporte en la base del pecho.
- El dedo pulgar arriba.



Anexo III.

A

Una madre que alza a su bebé y que usa la posición por debajo del brazo.

ÚTIL EN EL CASO DE:

- gemelos.
- conductos bloqueados.
- dificultad con la prendida del bebé.



Anexo IV.



B

Una madre que alza a su bebé con el brazo opuesto al pecho con que está amamantando.

ÚTIL EN EL CASO DE:

- bebés muy pequeños.
- bebés enfermos.

Anexo V.



CUESTIONARIO

[El objetivo de este cuestionario es explorar el nivel de información de los docentes sobre la lactancia materna (L.M.). Les rogamos su participación, garantizando su anonimato]

1. Edad:
2. Sexo:
 Mujer. Hombre.
 Leche materna.
 Ambas son igual de buenas.
3. Año de finalización de la carrera:
4. Años ejerciendo como docente:
5. Campo en el que ejerce:
 Ciencias de la salud .
 Ciencias tecnológicas. Ciencias económicas.
 Letras. (Lengua y Literatura, Historia, filologías...)
 Otros. (Ed. Física, música, arte...)
6. ¿Tiene hijos?
 Sí. No.
7. Todas las mujeres tienen leche después de tener un hijo:
 Sí. No.
8. ¿Qué leche cree que es más saludable para la alimentación de un bebe?
 Leche artificial.
9. ¿Hasta qué edad puede tomar leche materna un bebé?
 3 meses.
 6 meses.
 Hasta que le salgan los dientes.
 Hasta los 24 meses o más.
10. ¿Es conveniente darle al bebé un biberón de leche artificial después del pecho para complementar la toma?
 Sí. No.
11. ¿Qué es más fácil para la madre?
 Dar de mamar.
 Dar un biberón.
12. ¿Le parece bien que una madre amamante a su hijo en público?
 Sí. No.

13. ¿La leche materna, además de representar una fuente de alimento para el bebé, cree que le ofrece otros beneficios?
- Agentes bioactivos (disminuye el riesgo de infecciones y favorece la maduración del tracto intestinal)
- Citoquinas. (agente bioactivo con efecto inmunomodulador)
- Su composición cambia cada día y se adapta al bebé.
- Todas las respuestas anteriores son correctas.
- Su única función es la alimentación.
14. ¿Cada cuánto tiempo tiene que mamar un recién nacido?
- 4 veces al día.
- Cada 3 horas
- Cada vez que quiera.
15. ¿Y por la noche?
- Por la noche no debe comer.
- Cada tres horas.
- Cada vez que quiera.
16. ¿Qué cree que es lo más importante para un niño que acaba de nacer?
- Bañarlo.
- Dejarlo en contacto con su madre.
- Llevarlo al nido para que la madre descanse.
- Darle un biberón.
17. ¿Sabe si usted fue alimentado al pecho? En caso afirmativo, indique cuanto tiempo.
- Sí, menos de 2 meses.
- Sí, entre 6 y 12 meses.
- Sí, 24 meses o más.
- No fui alimentado por lactancia materna.
18. ¿Usted o su pareja, que lactancia utilizaron o utilizarían en el caso de tener hijos?
- Lactancia materna.
- Lactancia mixta.
- Lactancia artificial.
19. ¿Durante cuánto tiempo alimentó o alimentaría a su hijo con lactancia materna?
- 0 meses, optaría por la L. artificial o mixta.
- 3 meses.
- 6 meses.
- 12 meses.
- 24 meses o más.
20. Cree que dar de mamar estropea el pecho
- Sí. No.

21. Si cree que sí ¿Sería este un motivo para decidirse por la lactancia artificial o mixta?
 Sí. No.
22. ¿Cree que el mundo laboral favorece la incorporación de la lactancia materna en las mujeres?
 Sí. No.
23. ¿Les ha hablado alguna vez a sus alumnos sobre la lactancia materna?
 Nunca.
 Una vez.
 Poco.
 Bastante.
24. Han recibido sus alumnos alguna charla sobre la L. materna impartida por profesionales sanitarios?
 Sí. No.
25. ¿Considera importante el tema de la lactancia materna en la formación de salud de sus alumnos?
 Sí. No.
26. ¿Cree que aporta, la formación sobre la lactancia materna, algo interesante para la experiencia personal futura del alumnado?
 Sí. No.
27. En su opinión ¿Sería posible incorporar este tema al programa de educación sanitaria?
 Sí. No.
28. ¿ Usted participaría en la impartición de dicho tema?
 Sí. No.
29. ¿La Consejería de Educación les facilita algún recurso para impartir docencia sobre la lactancia natural?
 Nada.
 Alguno.
 Varios.
 Bastante.

Muchas gracias por su colaboración.