

PROYECTO DE FIN DE GRADO

**Factores socioculturales que influyen en el abandono precoz de
la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses.**

AUTORA: MELODÍA ARANCHA SUÁREZ SALAZAR

Alumna de 4º Curso de Grado en Enfermería.

TUTORA: MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ PÉREZ

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

Tenerife

CURSO 2015-2016



Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

RESUMEN

Introducción: La leche materna se considera la mejor y más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros 6 meses de vida. Posee innumerables ventajas tanto para el bebe como para la madre. No solo evita muchas enfermedades para ambos, sino que también tiene influencia en la economía de la familia y la sociedad, así como también influye de algún modo en la ecología del medio ambiente. Sin embargo, hay un número elevado de mujeres que abandonan la lactancia materna de forma temprano debido a varios factores que influyen en esta decisión. Uno de ellos son los factores socioculturales, los cuales se pretenden estudiar para conocer cómo influyen en el abandono de la lactancia materna por parte de las madres. **Objetivo:** Estudiar los factores socio-culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida del recién nacido, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. **Metodología:** Se realizará un estudio descriptivo de tipo longitudinal, prospectivo y observacional. Se obtendrá información de 178 partos normales, donde las madres hayan iniciado la lactancia materna tras el parto, en el Hospital Universitario de Canarias. **Análisis estadístico de los datos:** Se llevará a cabo con el paquete estadístico SPSS 22.0 (Statiscal Package for the Social Science).

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna, lactancia materna exclusiva, factores socio-culturales.

SUMMARY

Introduction: Breast milk is considered the best and most important source of nutrition for the child in the first 6 months of life. It has many advantages for the baby and the mother. It not only prevents many diseases for both, in addition has influence on the economy of the family and society, as well as somehow influences on the ecology of the environment. However, there are a large number of women who discontinue breastfeeding early form due to several factors influencing this decision. Some of them are the social and cultural factors, which will be studied to see how they influence to abandon the breasfeeding by mothers. **Objective:** To study the socio- cultural factors influencing the abandonment of exclusive breastfeeding before 6 months of life of the newborn, as recommended by the World Health Organization. **Methodology:** Be performed a descriptive, longitudinal, prospective and observational study. Information of 178 normal births will be obtained, where mothers have initiated breastfeeding after birth, at the University Hospital of the Canary Islands. **Statistical analysis of data:** It will be carried out with SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Science).

KEY WORDS

Breastfeeding, exclusive breastfeeding, socio-cultural factors.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. OBJETIVOS	10
4.1 Objetivo general.....	10
4.2 Objetivos específicos	10
5. METODOLOGÍA.....	10
5.1 Diseño.....	10
5.2 Ámbito.....	10
5.3 Variables.....	11
5.4 Población	11
5.5 Tamaño muestral	11
5.6 Técnica de muestreo.....	11
5.7 Criterios de exclusión	11
5.8 Instrumento para la recogida de datos	11
5.9 Procedimiento	12
5.10 Prueba piloto.....	12
5.11 Análisis estadístico.....	12
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	12
7. CRONOGRAMA	13
8. PRESUPUESTO.....	14
9. AGRADECIMIENTOS.....	15
10. BIBLIOGRAFÍA.....	15
11. ANEXOS.....	20
11.1 Anexo 1. Declaración de Innocenti.....	20
11.2 Anexo 2. Los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural.....	23
11.3 Anexo 3. Cuestionario48.....	24
11.4 Anexo 4. Carta al Comité Ético del Hospital Universitario de Canarias.	29
11.5 Anexo 5. Permiso al servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias.	30
11.6 Anexo 6. Consentimiento informado.....	31

1. INTRODUCCIÓN

Para entender la relevancia del tema a tratar es importante tener algunas nociones básicas acerca de la función y anatomía de la mama. Su función fisiológica es la lactancia, o la secreción de leche con el objetivo de nutrir al recién nacido¹.

En cuanto a la anatomía, se puede observar que las mamas están formadas por diversos lóbulos que están separados por septos o paredes de tejido conjuntivo. Cada uno de estos lóbulos comprende varios lobulillos, que están formados a su vez por tejido conjuntivo en el que están embebidas las células secretoras o alvéolos de la glándula, las cuales están dispuestas de forma parecida a racimos de uvas alrededor de los pequeños conductos. Estos conductos se unen y forman un conducto galactóforo, por el cual se transporta la leche y es único para cada lóbulo¹. En total encontramos entre 15 y 20 conductos en cada pecho, los cuales convergen hacia el pezón en una diminuta apertura de la superficie de este. Antes de llegar al pezón se dilatan levemente para formar los pequeños senos galactóforos. El tejido adiposo rodea la superficie de la glándula, justo por debajo de la piel y entre los lóbulos. Los ligamentos suspensorios, o también denominados de Cooper, que están presentes en el tejido conjuntivo de la mama ayudan a mantener los tejidos conjuntivos y glandulares de toda la estructura, anclándolos a las cubiertas del pectoral subyacente¹.

Los pezones están rodeados por un área pigmentada circular que se denomina areola. Esta contiene numerosas glándulas sebáceas que aparecen como pequeños nódulos bajo la piel. El sebo producido por estas glándulas reduce la sequedad de la piel areolar durante la lactancia¹ (Figura1).

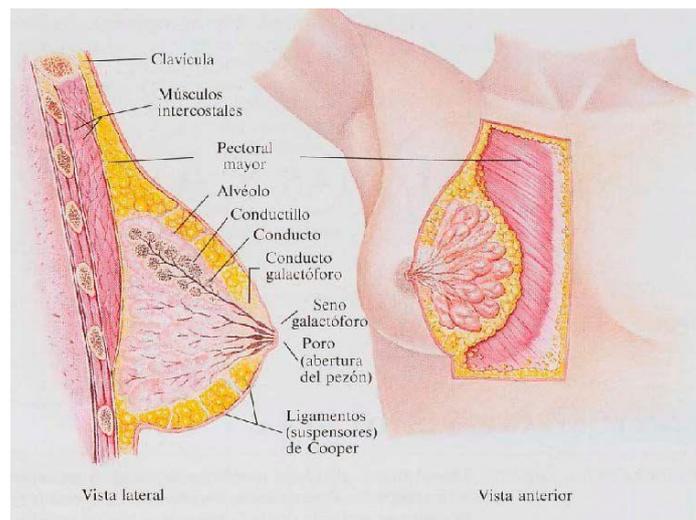


Figura 1. Mama femenina. Corte sagital y lateral de una mama.

Fuente: Thibodeau G, Patton K. Enfermería Mosby. Anatomía y fisiología. 4ª Ed. Madrid. Elsevier Science; 2000: 915.

Una vez conocida la anatomía, se puede profundizar en la función de esta, que, como se menciona anteriormente, es la de lactar. Y es que la propia semántica de la palabra “lactancia materna”, nos lleva a entender la lactancia como “sistema de alimentación”² y materna como “perteneciente o relativo a la madre”³. Según el continente, se pueden encontrar distintos tipos de lactancia materna. De esta forma, en América Latina existe una clasificación como la siguiente⁴:

- Lactancia materna exclusiva: el lactante recibe únicamente leche materna, ya sea directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, ni siquiera agua.
- Lactancia materna predominante: el lactante recibe leche materna, directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer, como principal fuente de alimento. Se puede añadir, a diferencia de la anterior, líquidos, infusiones o vitaminas.
- Lactancia materna complementaria: es la alimentación con leche materna, incluyendo sólidos o semisólidos y leche no humana⁴.

Sin embargo, la más usada en España es aquella clasificación que habla de lactancia materna exclusiva, lactancia mixta y lactancia artificial. Anteriormente se ha definido la lactancia materna exclusiva. Podemos decir que la lactancia artificial es un alimento o preparado lácteo que procede principalmente de la leche de vaca y que pretende sustituir parcial o totalmente a la leche humana. Este tipo de lactancia cubre los requerimientos nutricionales del lactante y puede ser de iniciación durante los primeros 4-6 meses de vida y de continuación como parte de una alimentación mixta desde el 4-6 mes de edad⁵. Definimos la lactancia mixta, por tanto, como aquella alimentación que combina la lactancia materna y la lactancia artificial.

La lactancia materna pasa por diferentes etapas, las cuales varían en relación al volumen, la duración y la composición⁶. De esta forma, la leche materna se encuentra en forma de calostro, compuesto espeso y amarillento (debido al β -caroteno) que se segrega en dos fases, al final del embarazo y durante los primeros cinco días después del parto. Desde el quinto día y hasta la tercera semana, la leche materna se conoce como leche de transición. A partir de la tercera semana y hasta más de dos años después se conoce como leche madura⁴.

En cuanto a la composición de la leche humana, teniendo en cuenta que se elabora según un patrón y código genético, se puede decir que experimenta varios cambios⁴. Esta composición es específica y está adaptada para cubrir todas las necesidades del lactante durante su primera etapa de vida, en la cual se produce un crecimiento rápido. Durante el desarrollo y la maduración que se producen en esta etapa

coexisten una gran demanda de nutrientes esenciales específicos y una inmadurez funcional de la mayoría de los órganos. Por ello, la leche materna proporciona una nutrición óptima ya que aporta las cantidades adecuadas de macronutrientes (grasas, proteínas y carbohidratos) y micronutrientes (vitaminas, minerales y elementos traza). Además, gracias al desarrollo tecnológico, se han identificado otros componentes en la lactancia materna (hormonas, enzimas, factores de crecimiento, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, anticuerpos, antioxidantes y otros constituyentes), los cuales, según investigaciones recientes, desempeñan acciones fisiológicas muy importantes^{6,7}.

Particularmente, en el calostro encontramos una concentración de proteínas, inmunoglobulinas (principalmente IgA), lactoferrina, leucocitos, vitaminas liposolubles, minerales, antioxidantes, así como iones de sodio, potasio y cloro superior a la leche de transición y madura. Su valor calórico es de 67 kcal por cada 100 mL de calostro. Y, además, tiene un bajo contenido en grasas⁴.

Posteriormente, en el paso a la leche de transición, disminuyen los niveles de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles, aumentando la lactosa, las grasas, las vitaminas hidrosolubles y el valor calórico total⁴.

Por último, en la leche madura, el contenido de proteínas es bajo, entre 1 y 1.5 g/100 ml, lo que representa el 5% del valor energético total. Entre las distintas proteínas podemos distinguir las siguientes: caseína, seroalbúmina, alfa lactoalbúmina, lactoferrina, nitrógeno no proteico, inmunoglobulinas, lisozima, albúmina sérica y aminoácidos, de los cuales nueve son esenciales: valina, fenilalanina, metionina, treonina, lisina, leucina, isoleucina, triptófano y cistina⁴. Las grasas constituyen la principal fuente de energía para el lactante por lo que su contenido está entre 3.5 y 4.5 g/100 mL, aportando así el 50% del valor calórico total. La proporción de grasa es mayor al inicio y al final de la toma, por lo tanto, cuanto menos tiempo pasa entre una toma y otra, más grasa tiene la leche. Los principales compuestos lipídicos se encuentran en forma de triglicéridos, ácidos grasos esenciales (oleico, palmítico, linoleico y alfa-linoleico) y de cadena larga (ac. araquidónico y docosahexanoico), fosfolípidos y colesterol. El nivel de hidratos de carbono es elevado, ya que contiene entre 6 y 7 g/100 mL, lo que representa el 40% del valor calórico total. La lactosa es el principal hidrato de carbono⁴.

2. ANTECEDENTES

Para la revisión bibliográfica de los antecedentes se han utilizado las bases bibliográficas Cochrane, Punto Q y Scielo, poniendo como palabra clave "lactancia materna" y "factores socioculturales" tanto en inglés como en español.

La lactancia materna es muy antigua y durante mucho tiempo fue el único recurso para la alimentación de los lactantes, por lo que aquellos que se veían despojados de esta, llegaban a morir en un plazo corto de tiempo⁸ debido a la carencia de su única fuente de alimento.

Ya desde el siglo II A.C. se habla de la lactancia materna, y así lo recoge *Fomon* en varios documentos⁹. Durante este siglo, el destete se realizaba alrededor a los 3 años de edad. Posteriormente, entre los siglos IV y VII D.C., la edad del destete disminuyó, produciéndose entre los 20 y 24 meses. Por esas fechas se conocía ya la importancia de alimentar al recién nacido con leche materna, incluso cuando esta no fuera de la propia madre porque ésta hubiese fallecido o debido a otros motivos como la moda o la comodidad de las familias más adineradas¹⁰.

Hasta el siglo XIX la edad del destete se estima de nuevo entre el segundo o tercer año de vida, volviendo a sufrir cambios posteriormente¹¹ como consecuencia de la Revolución Industrial de occidente, en el cual la economía se transformó. Y es que muchas madres con bebés o recién nacidos tuvieron que trabajar lejos de sus casas, ya que ganar un salario era la forma fundamental para que las familias pudieran subsistir¹².

Durante el siglo XX y XXI surge la alimentación artificial con el uso de la leche de vaca, lo cual favoreció el destete precoz al ser apta para el consumo humano¹¹ y en muchos casos llevó al abandono definitivo de la lactancia materna como práctica¹². Junto con estos, podemos encontrar otros motivos que causaron el abandono de la lactancia, como por ejemplo, la opinión de las madres acerca de que la lactancia artificial es más cómoda y fácil, el hecho de que compaginar el trabajo con la lactancia sea muy difícil para la mayoría, las presiones sociales que reciben las madres dado que en muchos lugares dar el pecho no está bien visto, algunos medios que promocionan sustitutos de la leche materna o el desconocimiento de las madres acerca de las técnicas de amamantamiento, lo que conlleva al abandono de la lactancia por las dificultades que se encuentran¹³.

Sin embargo, conviene hacer un repaso más detallado en la historia de la lactancia materna en las décadas de estos siglos. Así, se observa que a partir de los años 30, en la mayoría de los países, a medida que aumentaba el nivel cultural y la población pasaba de rural a urbana, disminuía su frecuencia¹⁴.

Tras la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos (EE.UU), comenzó a abandonarse progresivamente. De ese modo, durante la década de los 40 hasta los 50, alcanzó cifras prácticamente indetectables¹⁵ y fue sustituida por productos industriales que se elaboraban a partir de la leche de vaca, aumentando así la lactancia artificial.

Pocos años después, esta práctica se exporta a Europa Occidental y desde ahí pasó a Europa Oriental alcanzando finalmente a los países del denominado "Tercer Mundo"¹⁶.

Las consecuencias sanitarias de este cambio, aparecieron en un espacio de tiempo corto, ya que la morbilidad y mortalidad infantil aumentaron rápidamente. Los niños fallecían debido a procesos infecciosos y trastornos hidroelectrolíticos, los cuales se producían como consecuencia de la preparación incorrecta de los biberones. Debido a todo esto, en los países "más desarrollados" se realizaron campañas de promoción de la lactancia materna a finales de los años 70, consiguiendo así que esta volviera a incrementar¹⁵.

A principios de los años 90, se promocionó de forma más intensa la lactancia materna con la *Declaración Innocenti*¹⁷, que fue producida y adoptada por todos los participantes en la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sobre "Lactancia Materna en los 90's": una iniciativa mundial, co-patrocinada por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (A.I.D.) la Autoridad Suiza para el Desarrollo Internacional (SIDA), sostenida en el Spedale degli Innocenti, Florencia, Italia, del 30 de Julio al 1 de Agosto de 1990. La Declaración refleja el contenido del documento original preparado para la reunión y los puntos de vista expresados en grupo y en las sesiones plenarios¹⁸ (ANEXO 1). Con esta declaración se establecieron legislaciones como el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*¹⁹, el cual estipula que no se puede llevar a cabo ningún tipo de promoción de los sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas en la población en general, que los profesionales sanitarios así como los establecimientos no deben llevar a cabo funciones de fomento y que no se debería suministrar muestras gratuitas de esos productos a las mujeres embarazadas, nuevas madres y familias²⁰; u otras como *Los Diez Pasos Hacia Una Feliz Lactancia Natural*²¹ (ANEXO 2), que luego fueron organizadas como la *Iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia* (IIAMI)¹⁷, que propone motivar a las instituciones a mejorar sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, al seguir los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas²².

En el año 2002 la OMS aprobó la *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*^{23,24}, cuyo propósito es "mejorar, a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud y, de este modo, la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños"²⁴. Después de que se aprobara esta estrategia, la OMS llevó a cabo una revisión de los estudios que existían acerca de la duración óptima de la lactancia materna y estableció, como recomendación

de salud pública mundial, que los lactantes deberían ser alimentados únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida para conseguir un óptimo crecimiento y desarrollo²⁵. El UNICEF hace la misma recomendación que la OMS y, además, aconseja continuar amamantando pasado ese tiempo hasta un mínimo de dos años, mientras se va complementando la dieta del bebé con otros alimentos. A partir de ese momento la lactancia materna debería mantenerse sin que exista ningún límite rígido de tiempo²⁶.

Actualmente, la prevalencia de la lactancia materna en general está por debajo de los objetivos y propósitos que se establecen por el Ministerio de Salud Pública de cada país. En el estudio llevado a cabo en el 2011 por Avalos en América Latina, se encontró que sólo el 26.4% de las mujeres encuestadas seguían con la lactancia materna al sexto mes⁸. Sin embargo, otros autores como Berdasquera, obtuvieron en 2008 un índice de prevalencia de lactancia materna exclusiva aún menor²⁷.

En el V Congreso Español de Lactancia Materna, celebrado en Murcia en 2009, se declaró que la duración media de la lactancia materna en España es de 3,2 meses²⁸. Este dato se obtuvo de un estudio realizado en 18 provincias españolas y que fue puesto en marcha por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría²⁹. Concretamente en Castilla y León, según el estudio de Sacristán en 2011, alrededor del 65% de las madres mantuvo la lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses. Sin embargo, sólo el 27% continuó hasta los 6 meses³⁰.

En el Instituto Nacional de Estadística, donde fue publicada la Encuesta Nacional de Salud de los años 2011-2012, se refleja que un 66,19% de los lactantes son amamantados exclusivamente por lactancia materna hasta las primeras 6 semanas de vida; a los 3 meses sólo un 53,55% de esos lactantes continúan con la lactancia materna exclusiva y, por último, a los 6 meses únicamente el 28,44%³¹.

Aunque las causas del abandono son múltiples, varios estudios coinciden en que la hipogalactia (baja producción de la leche materna) es la más frecuente^{8,32}. Según Sacristán, el 50% de las madres encuestadas refería esta causa como el principal motivo de abandono³⁰. Como principales causas se encuentran también la incorporación al trabajo y el nivel educativo de la madre^{8,32}.

3. JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo y de herencia biológica natural en los mamíferos, por lo que sorprende el hecho del abandono de esta práctica³³.

Como ya se ha comentado en los antecedentes, podemos decir a modo de resumen que, en España, la duración de la lactancia materna disminuyó

considerablemente desde los años 60, alcanzando de esta forma valores mínimos en los 70. Aunque en los años 90 hubo un pequeño aumento de la duración de la lactancia³⁴, actualmente el 61% de los niños no recibe ya leche materna a los seis meses de vida¹³.

Actualmente, en los países en desarrollo donde el 35% de las muertes ocurridas en la edad infantil están relacionadas con la desnutrición o en situaciones de emergencia humanitaria, las consecuencias del abandono de la lactancia materna y su sustitución por leche artificial son mucho peores que en los países desarrollados. Se estima que la escasez de esta práctica supone el 12% de las muertes en niños menores de 5 años (1.4 millones de muertes al año) y el 10% de la morbilidad³⁵.

La OMS y UNICEF, teniendo en cuenta las consecuencias del abandono de esta práctica, siguen insistiendo en recomendar la lactancia materna³⁶. Por ello, esta práctica es uno de los objetivos institucionales de los servicios de salud, dentro de los Programas de Atención al Niño Sano, siendo reconocido y recomendado como el alimento idóneo del recién nacido, y aconsejado por las instituciones científicas durante el primer semestre de vida³⁷. Teniendo en cuenta esto, se puede decir que una adecuada nutrición durante la infancia es fundamental para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo debido a las implicaciones sanitarias a corto y largo plazo¹³ ya que, según la OMS, tiene beneficios que llegan hasta la edad adulta³⁸.

Estos beneficios de los que disfrutaban los niños amamantados y que describimos a continuación son más evidentes, por tanto, cuanto más prolongada es la lactancia⁷.

- **Mejor estado nutritivo.**

Como se menciona anteriormente, la leche materna posee las características nutritivas adecuadas para obtener un correcto crecimiento del lactante⁶.

- **Protección frente a infecciones.**

La leche materna contiene los anticuerpos y los factores antiinfecciosos necesarios para proteger al lactante frente a diarreas, catarros, bronquitis, neumonía, otitis, meningitis e infecciones de orina³⁹.

- **Protección frente a enfermedades crónicas.**

Los niños alimentados al pecho tienen un riesgo menor de presentar asma, alergia, obesidad, enfermedades inmunitarias como la diabetes, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa y arterioesclerosis o infarto de miocardio en el futuro³⁹.

- **Mejor desarrollo psicomotor e intelectual.**

Los bebés amamantados poseen un mejor desarrollo psicomotor y social, así como una mayor agudeza visual comparado con los niños alimentados artificialmente⁷.

- **Menor riesgo de muerte súbita del lactante.**

Algunos estudios han demostrado un efecto protector de la lactancia materna en el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante⁴⁰. Huffman encontró que la lactancia materna temprana y exclusiva tiene un papel muy importante en reducir la mortalidad neonatal, particularmente después de la primera semana de vida⁴¹.

- **Mejor desarrollo orofacial y mandibular.**

Se ha visto una menor necesidad de correcciones ortodóncicas durante la infancia y adolescencia⁷.

Pero no sólo la lactancia materna beneficia al lactante. La salud de la madre también se ve favorecida, ya que: disminuye el riesgo de desarrollar cáncer de mama y ovario, ayuda a que se produzca de forma más rápida la involución del útero en el puerperio e interviene en el espaciamiento de los embarazos⁴². Además, las mujeres que dan el pecho pierden el peso que ganaron durante el embarazo más rápidamente y es más difícil que padezcan anemia y depresión tras el parto, así como menos riesgo de hipertensión³⁹. A estas ventajas hay que añadir que la lactancia materna implica una relación afectiva peculiar que mejora el vínculo entre la madre y el hijo, proporciona bienestar y placer⁴³, aumenta la autoestima y transmite seguridad⁷.

Se puede mencionar más beneficios teniendo en cuenta otros puntos de vista. Así, desde el punto de vista económico, la lactancia materna es un método barato para la familia, ya que ahorra dinero en biberones, calienta-biberones, leche artificial, etc. La sociedad también ahorra en futuros medicamentos y en la utilización de los servicios sanitarios que podrían necesitar aquellos niños que no fueron amamantados. También se puede decir que es un método ecológico puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse, con lo que se ahorra energía y se evita la contaminación del medio ambiente³⁹. Además, es un método práctico y seguro, ya que está siempre disponible a la temperatura adecuada, sin necesidad de esterilizarla, y no hay errores en la preparación ni en la manipulación⁷.

Todas estas razones nutricionales, inmunológicas, afectivas y económicas justifican el apoyo que se debe dar a la lactancia materna y la promoción su práctica⁴⁴.

Sin embargo, y a pesar de los beneficios que se conocen acerca de la lactancia materna, las tasas de esta en muchos países desarrollados se resisten al cambio. En el Reino Unido la tasa de comienzo de la lactancia materna fue del 69% en el año 2000, encontrando una cifra similar en los EE.UU. Así, tanto en el Reino Unido como en los EE.UU. se visualiza una disminución de la lactancia materna en las primeras semanas después del comienzo. Por el contrario, en otros países europeos como Escandinavia y Alemania, tanto las tasas de comienzo de la lactancia materna como las de continuación son elevadas⁴⁵.

A todo lo dicho, se puede añadir que las decisiones que toman las mujeres respecto a la lactancia están influenciadas por muchos factores que han sido estudiados en distintas publicaciones científicas. Estos factores pueden ser diversos y dependen del estrato social y cultural en donde se estudien.

Y es que, aún en algunas instituciones de salud se siguen desarrollado rutinas y prácticas que son dañinas, como por ejemplo, la separación de la madre y el recién nacido después del parto, el uso de biberón y agua, y el imposición de un horario de alimentación rígido. A estas causas se suman mitos arraigados en la sociedad, como son: que a los recién nacidos hay que darles suplementos durante los primeros días porque la madre todavía no tiene leche y los niños lloran de hambre; que no hay suficiente hierro en la leche materna para satisfacer las necesidades del bebé, y por ello debe darse suplementos de hierro; que cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos; o también que algunos niños son alérgicos a la leche materna⁴⁶.

La falta de conocimientos acerca de este tema, el estrés, problemas relacionados con las mamas como la mastitis, grietas o el pezón invertido e incluso factores relacionados con el propio lactante, como el llanto excesivo, los cólicos o algún problema de salud, hacen que se produzca el abandono de la lactancia materna⁴.

Cada vez son más las mujeres que se incorporan al trabajo fuera de su hogar. Muchas de ellas no cuentan con facilidades para amamantar a sus hijos y, a día de hoy, aún tienen muchos obstáculos legales que les impide seguir esta práctica. En España, el permiso por maternidad está por debajo de la media europea, siendo de 16 semanas ininterrumpidas, por lo que la conciliación entre la vida familiar y laboral es muy difícil. Por otro lado, y a diferencia de muchos otros países europeos, en la sociedad española hay controversias en ver a una madre amamantando a su hijo en público. Además, el nivel de escolaridad y la edad de la madre también son características importantes en el abandono de esta práctica⁴⁷.

Como hemos visto, los factores socioculturales son algunos de los más determinantes para el abandono de la lactancia materna, y es por ello que en este proyecto se pretende estudiar aquellos que más inciden para determinar el porcentaje de mujeres que amamantan a sus hijos, de forma que podamos conocer las variables asociadas a menores tasas de inicio, exclusividad y duración de la lactancia materna.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Estudiar el nivel de conocimiento de las madres y los factores socio-culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida del recién nacido, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de la lactancia materna.
- Conocer el porcentaje de mujeres que abandonan la lactancia materna debido a su reincorporación a la actividad remunerada.
- Averiguar si la hipogalactia es la causa más frecuente del abandono de la lactancia materna.
- Identificar si existe apoyo familiar en el entorno de la madre para el mantenimiento de la lactancia materna.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño

Se realizará un estudio descriptivo de tipo longitudinal, prospectivo y observacional.

5.2 Ámbito

El ámbito del estudio será el paritorio del Hospital Universitario de Canarias, desde Octubre de 2016 hasta Junio de 2017 inclusive.

5.3 Variables

Entre las variables que se van a estudiar están las siguientes:

- Duración de la lactancia materna exclusiva.
- Experiencia previa con la lactancia materna.
- Apoyo familiar.
- Edad.
- Estado civil.
- Nivel de estudios.
- Incorporación al trabajo remunerado tras el parto.

5.4 Población

Mujeres en edad fértil con parto por vía vaginal no instrumental que hayan dado a luz a un recién nacido a término, con test de Apgar de 8/9 ó 9/9, sano y que hayan tomado la decisión de amamantar antes de dar a luz.

5.5 Tamaño muestral

De los 1465 partos normales contabilizados en el año 2015, donde los recién nacidos fueron a término y con un Apgar mínimo de 7/9, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5%, el tamaño muestral será de 178 mujeres. Pero, teniendo en cuenta la proporción esperada de pérdida de un 15%, el número de mujeres que se entrevistarán será de 210⁴⁹.

5.6 Técnica de muestreo

Será consecutiva y accidental, no probabilística.

5.7 Criterios de exclusión

- Mujeres con barreras idiomáticas.
- Mujeres con déficit intelectual.
- Patologías incompatibles con la lactancia materna.

5.8 Instrumento para la recogida de datos

Los datos se recogerán mediante una entrevista (Anexo 3) que se proporcionará a las madres durante su estancia en el Hospital Universitario de Canarias tras la invitación a participar mediante un consentimiento informado que se les entregará (Anexo

6). Posteriormente, se mantendrán tres contactos por vía telefónica con dichas madres a las 6 semanas, 3 y 6 meses postparto para conocer el número de mujeres que continúan con la lactancia materna exclusiva o, por el contrario, la han abandonado hasta el último contacto.

5.9 Procedimiento

Se contará con personal de enfermería del sector materno-infantil para pasar las encuestas a las madres. Tras rellenar estos cuestionarios, se analizarán los resultados. Con este procedimiento esperamos poder estudiar los factores socio-culturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva por parte de las madres, así como conocer la duración de la lactancia materna teniendo en cuenta dichos factores.

5.10 Prueba piloto

Para este estudio se realizará una prueba piloto con 20 madres para corregir preguntas en el cuestionario por posibles términos ambiguos, tecnicismos y preguntas sugerentes, así como para evitar las preguntas en forma negativa y plantearlas con no más de un concepto.

5.11 Análisis estadístico

Se realizará con el paquete estadístico SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Science). Los resultados de las variables se expresarán en media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para variables cualitativas. Serán representadas a través de gráficas de frecuencia y diagrama de barras.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitará permisos al Comité Ético del Hospital Universitario de Canarias, así como al Servicio de Ginecología y Obstetricia del mismo Hospital. Además, se pasará un consentimiento informado a las madres para que firmen sabiendo que su participación será totalmente voluntaria. En este consentimiento se especificará la explicación y objetivo del estudio, y los datos obtenidos serán confidenciales y no serán usados con otros fines, ya que se respetará la ley 41/2002 del 14 de Octubre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (España). Boletín oficial del Estado N274, 15 Nov 2002.

7. CRONOGRAMA

Para una mejor organización, se llevará a cabo un cronograma (Tabla 1) donde se repartirán las actividades a realizar en el periodo de tiempo en el que transcurrirá el estudio.

Tabla 1. Cronograma del estudio.								
TAREAS	Febrero 2016	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Octubre 2016 – Diciembre 2017	Enero 2018	Febrero 2018	Marzo 2018
Establecimiento del problema	x							
Búsqueda bibliográfica	x	x						
Diseño del proyecto		x	x	x				
Solicitud de permisos				x				
Selección de población, entrevistas y recogida de datos					x			
Análisis de los datos						x		
Redacción del informe definitivo, presentación, resultados y conclusiones							x	x

8. PRESUPUESTO

En la Tabla 2 se ha realizado un análisis estimado del presupuesto que se necesitará para poder llevar a cabo el estudio.

Tabla 2. Presupuesto estimado del estudio.			
RECURSOS		CANTIDAD	COSTE
Humanos	Estadístico	1	300€
Materiales	Material de trabajo (folios, bolígrafos, ...)	x	30€
	Ordenador	1	400€
	Impresora	1	100€
	Tinta de impresora	2	25€
		Total	855€

9. AGRADECIMIENTOS

Se agradecerá a las mujeres que hayan participado en este estudio ya que sin ellas no se podría llevar a cabo. Además, se agradecerá la colaboración del personal de enfermería materno-infantil por ayudarnos a repartir todos los cuestionarios.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Thibodeau G, Patton K. Enfermería Mosby. Anatomía y fisiología. 4ª Ed. Madrid: Elsevier Science; 2000: 915-916.
2. Real Academia Española, Lactancia. Asociación de Academias de la Lengua Española. [Página Web] (Consultado el 4 de Abril de 2016). Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=lactancia>
3. Real Academia Española, Materna. Asociación de Academias de la Lengua Española. [Página Web] (Consultado el 4 de Abril de 2016). Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=materna>
4. Aguilar MI, Fernández MA. Lactancia materna exclusiva. *Rev Fac Med UNAM*. 2007; 50(4): 174-178. (Consultado el 11 de Abril de 2016). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074g.pdf>
5. Dalmau J, Ferrer B, Vitoria I. Lactancia artificial. *Pediatr Integral*. 2015; 19(4): 251-259. (Consultado el 11 de Abril de 2016) Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/lactancia-artificial/>
6. Sabillón F, Abdu B. Composición de la leche materna. *Honduras Pediátrica*. 1997; 18(4): 120-124. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-4-1997.pdf>
7. Lozano MJ. Beneficios de la lactancia materna. *Jano*. 2006; (1.594): 45-46. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1594/45/1v0n1594a13084947pdf001.pdf>
8. Avalos MM. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2011; 27(3): 323-331. (Consultado el 21 de Marzo 2016) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300003
9. Fomon SJ. Nutrición del Lactante. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1995.
10. Coronado M, Sánchez O, Rodríguez A, Gorrita R. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San José de las Lajas. Tesis de Máster. Ministerio de Salud Pública, Filial Ciencias Médicas de la Habana, Hospital General Docente Leopoldito Martínez San José de las Lajas. (Consultado el

- 11 de Abril de 2016). Disponible en: <http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>
11. González C. Manual práctico de lactancia materna. 2ª ed. Barcelona: ACPAM; 2008: 74-75.
 12. Calvo C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica*. 2008; 15. (Consultado el 13 de Abril de 2016) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745766>
 13. Oliver A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencias, factores de riesgos y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. Tesis doctoral. Universidad de Alicante; 2012. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf
 14. Barriuso LM, Sánchez-Valverde F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. Madrid: Anales. 2006.
 15. Jiménez R, Curbelo JL, Peñalver R. Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante. *Colombia Médica*. 2005; 36(4): Supl. 3. (Consultado el 16 de Marzo de 2016) Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9052/1/rc05074.pdf>
 16. Unicef. [Página Web] (Consultado el 16 de Marzo de 2016) Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23963_protectpromote.html
 17. Camargo FA, Latorre JF, Porras JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2011; 16(1): 56 – 72. (Consultado el 15 de Marzo de 2016). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a04.pdf>
 18. Unicef. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. [Página Web]. (Consultado el 15 de Marzo de 2016). Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html
 19. WHO. The international code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva; 1981. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
 20. Unicef. Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. [Página Web]. (Consultado el 2 de Abril de 2016). Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24805.html
 21. OMS. División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra; 1998. (Consultado el 2 de Abril de 2016). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67858/1/WHO_CHD_98.9_spa.pdf

22. López R, Díaz CE, Hernández N, Mercado L, Aguilar C, Cifuentes L. Percepción de la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia. *Rev Cienc Salud*. 2015; 13(3):395-410. (Consultado el 2 de Abril de 2016). Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4357/3146>
23. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial Para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud; 2002: 20.
24. Organización Mundial de la Salud. La 55ª Asamblea Mundial de la Salud: Resolución WHA55.25. Nutrición del lactante y del niño pequeño; 2002.
25. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. WHO. Geneva, Switzerland; 2002. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf
26. Gorrita RR, Ravelo Y, Ruiz E, Brito B. Deseos, aptitudes y conocimientos sobre lactancia materna de gestantes en su tercer trimestre. *Revista Cubana de Pediatría*. 84; (2):165-175. (Consultado el 4 de Abril 2016) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol84_2_12/ped06212.htm
27. Berdasquera D. Lactancia materna exclusiva en Guanajay. *Rev Cienc Med Habana*. 2008; 14(3). (Consultado el 6 de Mayo de 2016) Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/311/544>
28. Comité Nacional de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. V Congreso Español de la Lactancia Materna. Murcia; 2009. Disponible en: http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/congresos_anteriores/13.pdf
29. García C, Martín J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000; 2(7): 373-387. (Consultado el 18 de Abril de 2016) Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5026/1/TFG-M40.pdf>
30. Sacristán AM, Lozano JE, Gil M, Vega AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13(49). (Consultado el 18 de Abril de 2016) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100004
31. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. [Página Web] (Consultado el 6 de mayo de 2016) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2011/p03/I0/&file=03154.px>
32. Berdasquera D. Lactancia materna exclusiva en Guanajay. *Rev Cienc Med Habana*. 2008; 14(3). (Consultado el 6 de Mayo de 2016) Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/311/544>

33. Gutiérrez AE, Barbosa D, González R, Martínez O. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer*. 2001; 17(1). (Consultado el 12 de Abril de 2016). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000100007
34. Coloro L, Sánchez JF, Tornero MJ, Pérez F, Polo M, Ordoñana JR. Relationship between level of education and breastfeeding durations depends on social context: breastfeeding trends over a 40-year period in Spain. *J Hum Lact*. 2011; 27(3): 272-8.
35. UNHCR/UNICEF/WFP/WHO. Food and nutrition needs in emergencias. Rome: World Food Programme, 2003. (Consultado el 16 de Abril de 2016). Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68660/1/a83743.pdf>
36. Chávez A, Sánchez R, Ortíz HI, Peña B, Arocha B. Causas de abandono de la lactancia materna. *Rev Fac Med*. 2002; 45(2). (Consultado el 16 de Abril de 2016) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2002/un022b.pdf>
37. Rodríguez Y, López A, Novo M, López M. R, Rodríguez JA, Baigorri A. Lactancia Materna en un centro urbano de Tenerife. *Revista Enfermería Canaria*. 2004; 20-1: 7-10.
38. Organización Mundial de la Salud. [Página Web]. (Consultado el 10 de Marzo de 2016). Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
39. Gobierno de Canarias. [Página Web]. (Consultado el 25 de Febrero de 2016). Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/2329bf4b-86d1-11e0-a4f0-a302aec8466c/FolletoLACTANCIAMATERNA.pdf>
40. Hoffman HJ, Damus K, Hillman L, Krongrad E. Risk factors for SIDS: results of the National Institute of Child Health and Human Development SIDS Cooperative Epidemiological Study. *Ann N Y Acad Sci*. 1998; 533: 13-30.
41. Huffman S, Zehner E, Victoria C. Can improvements in breastfeeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? *Midwifery*. 2001; 1(7): 80-92. (Consultado el 11 de Abril de 2016). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11399129>
42. Prendes M, Vivanco M, Gutiérrez RM, Guibert W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Cubana Med Gen Integr*. 1999; 15(4). (Consultado el 5 de Abril 2016) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000400009&script=sci_arttext
43. Blázquez MJ. Ventajas de la lactancia materna. *Medicina Naturista*. 2000; 1: 44-49.
44. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública. Informe técnico. Encuesta nacional de lactancia materna en la atención primaria. Enalma. Chile. 2013.

(Consultado el 31 de Marzo de 2016). Disponible en:
http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_ENALMA_2013.pdf

45. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna. 2008; (4).
46. Broche RC, Sánchez OL, Rodríguez D, Pérez LE. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. *Cubana Med Gen Integ.* 2011; 27(2): 88-92. (Consultado el 18 de Abril de 2016) Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol27_02_11/mgi13211.htm
47. Morán MA. Comparación de la situación de la lactancia materna entre España y Noruega. Trabajo de fin de grado. Universidad de Valladolid. 2014. (Consultado el 18 de Abril de 2016) Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5026/1/TFG-M40.pdf>
48. Del Carpio J. Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Centro de Salud Nueva Esperanza 2014. Tesis doctoral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
49. Fistera.com. Atención primaria en la red. [Página Web] (consultado el 18 de Mayo de 2016) Disponible en:
<https://www.fistera.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>

11. ANEXOS

11.1 Anexo 1. Declaración de Innocenti

Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, 1 de Agosto de 1990, Florencia, Italia.

Reconociendo que:

La Lactancia Materna es un proceso único que:

Provee una nutrición ideal para los niños y contribuye a su saludable crecimiento y desarrollo, reduce la incidencia y la severidad de las enfermedades infecciosas, por lo tanto disminuyendo la morbilidad y la mortalidad infantil, contribuye a la salud de la mujer reduciendo el riesgo de cáncer ovárico y del pecho y por aumentar el espaciamiento entre embarazos, provee beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación, provee a la mayoría de las mujeres con un sentido de satisfacción cuando hay lactancia exitosa y que recientes investigaciones han encontrado que:

Estos beneficios aumentan con el aumento de la exclusividad de la lactancia materna durante los primeros seis meses de edad y después de esto con incremento en la duración de la lactancia materna con alimentación complementaria y la Intervención programada puede resultar en cambios positivos en el comportamiento de la lactancia materna.

Nosotros por lo tanto declaramos que:

Como una meta global para una optima salud y nutrición materna e infantil, debe permitirse a todas las mujeres practicar lactancia materna exclusiva y todos los niños deben ser alimentados exclusivamente con leche materna desde su nacimiento hasta las 4-6 meses de edad. De ahí en adelante los niños deben continuar siendo alimentados al pecho recibiendo además alimentación complementaria adecuada y apropiada hasta cuando menos los dos años de edad. Este ideal de alimentación infantil será alcanzado creando un ambiente apropiado de conciencia y apoyo para que las mujeres puedan lactar de esta forma.

Obtener esta meta requiere, en muchos países, el reforzamiento de una "cultura de la lactancia materna" y su vigorosa defensa contra las incursiones de la "cultura del biberón". Esto requiere compromisos y abogar por la movilización social, utilizando al máximo el prestigio y autoridad de líderes sociales reconocidos en todas las facetas de vida.

Deben de hacerse esfuerzos para aumentar la confianza de las mujeres en su habilidad para la lactancia materna. Este reforzamiento incluye la remoción de restricciones e influencias que manipulan la percepción y el comportamiento hacia la lactancia materna, a menudo mediante medios sutiles e indirectos. Esto requiere sensibilidad, vigilancia continua y una estrategia de comunicación comprensible y responsiva incluyendo a todos los medios y dirigida a todos los niveles de la sociedad. Más aún, Deben ser eliminados todos los obstáculos a la lactancia materna dentro del sistema de salud, del lugar de trabajo y de la comunidad.

Deben tomarse medidas para asegurar que las mujeres estén adecuadamente nutridas para su salud óptima y la de sus familias. Además, asegurándose de que todas las mujeres tengan acceso a la información y servicios en planificación familiar les permite sostener la lactancia materna y evitar intervalos cortos entre nacimientos que puedan comprometer su salud y estado nutricional y el de sus hijos.

Todos los gobiernos deben desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna y establecer objetivos apropiados para los 1990s. Deben establecer un sistema nacional para monitorizar el logro de sus objetivos y deben desarrollar indicadores como la prevalencia de bebés alimentados exclusivamente con leche materna al ser dados de alta de las maternidades y la prevalencia de bebés alimentados exclusivamente con leche materna a los cuatro meses de edad.

Se exhorta a las autoridades nacionales a integrar sus políticas sobre lactancia materna en sus políticas generales de salud y desarrollo. Haciendo esto deben reforzar todas las acciones que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna dentro de programas complementarios como cuidado prenatal y perinatal, nutrición, servicios de planificación familiar y prevención y tratamiento de enfermedades comunes de la infancia y maternas. Todo el personal de salud debe ser entrenado en las habilidades necesarias para implementar estas políticas de lactancia materna.

Metas operacionales

Todos los gobiernos para el año de 1995 deben haber:

- Designado un coordinador nacional de lactancia materna de jerarquía apropiada y establecido un comité nacional multisectorial de lactancia materna compuesto por representantes de departamentos relevantes del gobierno, organizaciones nogubernamentales y organizaciones de profesionales de la salud.
- Asegurado que cada instalación que otorgue servicios de maternidad practique completamente todos los diez de los Diez pasos para una lactancia Exitosa establecidos en la declaración conjunta OMS/UNICEF "Protección, Promoción y

Apoyo de la Lactancia Materna: el papel especial de los servicios de maternidad".

- Tomado acción para dar efecto a los principios y miras de todos los Artículos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en su totalidad las subsecuentes relevantes resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud; y
 - Aprobado legislación imaginativa protegiendo los derechos a la lactancia materna de las madres trabajadoras y establecido medios para su aplicación
- También hacemos un llamado a las organizaciones internacionales para:
- Diseñar estrategias de acción para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, incluyendo una monitorización y evaluación global de esas estrategias.
 - Apoyar análisis situacionales y encuestas nacionales y el desarrollo de objetivos y metas para acción; y
 - Animar y apoyar a las autoridades nacionales en la planeación, implementación, vigilancia y evaluación de sus políticas de lactancia materna.

Nota: Esta es una traducción no oficial del documento original, tomando como base el documento que se encuentra en:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html

11.2 Anexo 2. Los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural.

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 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 leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.
9. No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Declaración conjunta OMS-UNICEF año 1989

11.3 Anexo 3. Cuestionario⁴⁸.

Me llamo Melodía Arancha Suárez Salazar y soy alumna de 4º Grado de Enfermería. Estoy realizando este estudio para mi trabajo de fin de grado, por lo que agradezco con antelación su participación.

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer el nivel de conocimiento acerca de la lactancia materna y obtener información sobre los factores sociales y culturales que inciden en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en las madres que han dado a luz en el Hospital Universitario de Canarias. Es por ello que solicito su colaboración a través de respuestas sinceras, asegurándole que es de carácter confidencial.

1ª PARTE DEL CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

Marque con una X la opción que considere correcta. Debe elegir únicamente una opción e intente no dejar preguntas en blanco. Gracias.

DATOS GENERALES:

1. **Edad:** _____ años.

DATOS ESPECÍFICOS:

I. DIMENSIÓN: FACTORES SOCIALES

Indicadores:

2. Estado civil:

- Soltera
- Convive con su pareja
- Casada

3. Nivel educativo:

- No posee ningún estudio
- Primaria
- Secundaria
- Ciclo Formativo
- Bachiller
- Universidad

4. Ocupación:

- Ama de casa
- Sólo trabaja
- Sólo estudia
- Trabaja y estudia

5. Número de hijos:

- 1 2 3 4 5 Más de 5

6. ¿Ha dado el pecho anteriormente?

- Sí
- No

7. ¿Con quién vive actualmente?

- Con su pareja y su hijo
- Con su pareja, sus familiares y su hijo
- Con sus familiares y su hijo
- Sola con su hijo

8. ¿Alguna mujer de su familia ha dado el pecho?

- Sí
- No

9. ¿Recibe apoyo de su familia para dar el pecho?

- Sí
- No

II. DIMENSIÓN: FACTORES CULTURALES

Indicador.- Conocimientos:

10. ¿Recibió información sobre lactancia materna exclusiva?

- Sí, ¿dónde? _____
- No

Indicador.- Creencias

Marque con una X en el recuadro que corresponda a su manera de pensar:

Usted cree que:	Sí	No	Desconoce
11. A través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebé.			
12. Los medicamentos que recibe los pasa por la leche al bebé.			
13. Es conveniente dar el biberón al bebé antes de los seis meses, cuando hay poca leche.			
14. La manzanilla y otras infusiones previenen el cólico y los gases al bebé.			
15. Dar de lactar es doloroso.			
16. Es posible dar lactancia materna si tiene el pezón invertido.			
17. Los bebés necesitan recibir otros líquidos aparte de la leche materna en los primeros seis meses de vida.			

18. La leche materna es suficiente para alimentar al bebé durante los 6 primeros meses.			
19. Su estrés altera la leche materna.			
20. La ingestión de líquidos aumenta la producción de leche.			
21. La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.			
22. La leche materna ahorra tiempo y dinero a la familia.			
23. Si tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y conservarla en la nevera.			

2ª PARTE DEL CUESTIONARIO

(A las 6 semanas, 3 y 6 meses)

24. ¿Todavía está dando exclusivamente lactancia materna?

- Sí
- No

25. En caso negativo, ¿cómo alimenta a su bebé?

- Lactancia mixta
- Lactancia artificial

26. En caso de abandonar la lactancia materna exclusiva, ¿cuál fue la causa?

- Hipogalactia (déficit o poca cantidad de leche)
- Dificultad del bebé para cogerse al pecho
- Escasa ganancia de peso del niño
- Experiencia negativa en una lactancia anterior

- Cuestiones laborales
- Problemas de salud Especificar: _____
- Otros Especificar: _____

27. ¿Todavía recibe apoyo emocional de su pareja y/o familiar para continuar con la lactancia Materna exclusiva?

- Sí, ¿de quién? _____
- No

28. ¿Actualmente ha empezado a dar alimentos líquidos (jugos, otras leches o infusiones)?

- Sí ¿A qué edad? _____ meses.
 ¿Quién se lo recomendó? _____.
- No

29. ¿Actualmente ha empezado a dar alimentos sólidos (frutas o puré)?

- Sí ¿A qué edad? _____ meses.
 ¿Quién se lo recomendó? _____.
- No

30. ¿Durante los controles de pediatría le han orientado hasta qué edad dar lactancia materna exclusiva?

- Sí
- No

11.4 Anexo 4. Carta al Comité Ético del Hospital Universitario de Canarias.

Dña. Melodía Arancha Suárez Salazar, con DNI 42239864-L e investigadora principal del estudio, solicita al Comité Ético del Hospital Universitario de Canarias su autorización para desarrollar el estudio de investigación “Factores socioculturales que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses” en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias.

Se solicita consentimiento para acceder a dicho servicio con el objetivo de llevar a cabo un estudio que pretende estudiar los factores socioculturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida del recién nacido, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Para ellos se requiere autorización para la obtención de datos mediante una entrevista que se pasará a las madres que accedan a participar voluntariamente.

Atentamente,

Firma del solicitante

En San Cristóbal de La Laguna adede 2016.

11.5 Anexo 5. Permiso al servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias.

Dña. Melodía Arancha Suárez Salazar, con DNI 42239864-L e investigadora principal del estudio, solicita al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Canarias su autorización para desarrollar el estudio de investigación “Factores socio-culturales que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses” con el objetivo de llevar a cabo un estudio que pretende estudiar los factores socioculturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida del recién nacido, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Para ellos se requiere autorización para la obtención de datos mediante una entrevista que se pasará a las madres que accedan a participar voluntariamente.

Atentamente,

Firma del solicitante

En San Cristóbal de La Laguna adede 2016

11.6 Anexo 6. Consentimiento informado.

Factores socioculturales que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses.

El presente estudio pretende analizar los factores socioculturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida del recién nacido, según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, en las madres que den a luz en el Hospital Universitario de Canarias.

Para ello, las madres participarán en este estudio durante 6 meses, realizando un cuestionario durante su estancia en el hospital, y con unas preguntas que se realizarán mediante contacto telefónico a las 6 semanas, 3 y 6 meses postparto. Este cuestionario recogerá preguntas relacionadas con factores sociales y culturales de las madres y, además, preguntas acerca del conocimiento de la lactancia materna.

La participación en el estudio será voluntaria. Los datos utilizados serán confidenciales y no se usarán para otros fines ajenos a este estudio.

Yo _____ con DNI _____

Declaro que he sido informada con la claridad y veracidad debida respecto al estudio a realizar, disipando todas mis dudas. Confirmando que actúo libre y voluntariamente como participante contribuyendo a este estudio de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a dicha investigación cuando lo estime conveniente, sin necesidad de justificación.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE LA PERSONA
RESPONSABLE DEL ESTUDIO

La Laguna, adede 2016
