



Universidad de Valladolid

**Estudio de campo sobre los conocimientos
y mitos de las madres ante la Lactancia
Materna**

Grado en Nutrición Humana y Dietética

Trabajo de Fin de Grado

Alumna:

Henar López Teso

Coordinador:

José Manuel Marugán de Miguelsanz

Valladolid, junio 2022 (Curso 2021-22)

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos, por el apoyo mostrado en todo momento con este trabajo. Especialmente a mi prima Laura por su preocupación, sus sabios consejos y ayuda inestimable.

A mi tutor, el Dr. Marugán, por la ayuda y orientación dada en todo momento.

Y especialmente, a todas las madres que han participado en mi estudio. Porque sin ellas esto no habría sido posible. Sin guerreras como vosotras este mundo no sería el mismo.

*Los brazos de una madre son de ternura y
los niños duermen profundamente en ellos.*

Víctor Hugo.

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna exclusiva proporciona un aporte nutricional, inmunológico y emocional vital para el crecimiento y desarrollo del bebé durante los primeros meses de vida. Asimismo, proporciona beneficios a la propia madre. Por esta razón, es importante tener en cuenta los conocimientos previos que la madre tiene o ha obtenido de dicha lactancia y que pueden influir de manera decisiva en la instauración y duración de esta.

Objetivo: Evaluar los conocimientos sobre la lactancia materna de las madres que acaban de dar a luz en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Asimismo, describir los factores que influyen en el abandono de esta.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. La muestra fue de 90 mujeres que acababan de dar a luz, ingresadas aún en la planta de maternidad. Se diseñó una encuesta de 21 preguntas que recogía los conocimientos y expectativas sobre la lactancia materna. Los datos se presentan en cuadros de distribución de porcentajes utilizando para la comparación de variables el estadístico “Chi cuadrado”.

Resultados: El 78,8% de las madres optan por una lactancia materna, mientras que un 21,2% de ellas por la artificial o aún no lo han decidido. La falta de subida de leche y la conciliación laboral son las principales causas para elegir la lactancia artificial. Podemos decir que encontramos resultados significativos en cuanto al hecho de que el número de partos que ha tenido la madre influye a la hora de elegir una lactancia, y que las clases preparto influyen en el tipo de lactancia escogida.

Conclusión: La Lactancia Materna sigue siendo la lactancia escogida mayoritariamente. Los mitos siguen siendo muy extendidos por lo que es necesario la implantación de unas clases postparto para fomentar la continuidad de la Lactancia materna y resolver dudas de esta.

Palabras clave: Lactancia materna; Lactancia artificial; recién nacido; amamantamiento; educación sanitaria

ABSTRACT

Introduction: Exclusive breastfeeding provides vital, immunological and emotional support for the baby's growth and development during the first months of life. It also brings benefits to the mother herself. For this reason, it's important to evaluate the previous knowledge that the mother possesses or has gained from breastfeeding, which can have a decisive impact on the election and continuance of breastfeeding.

Objective: The main goal is to assess the breastfeeding knowledge of mothers who have just given birth at the "Hospital Clínico Universitario" in Valladolid. Secondly, to describe the factors that determine the abandonment of breastfeeding.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional study at the "Hospital Clínico Universitario" in Valladolid. The sample consisted of 90 women who had just given birth and were still in the maternity ward. A survey of 21 questions was designed to collect information and expectations about breastfeeding. The data are presented in percentage distribution tables using the "Chi-square" statistic to compare variables.

Results: 78.8% of mothers opt for breastfeeding, while 21.2% choose artificial breastfeeding or have not yet decided it yet. Lack of milk supply and work-life balance are the main reasons for choosing artificial breastfeeding. We can say that we found significant results regarding the fact that the number of previous births has the choice of breastfeeding, and that the pre-birth classes influences the type of breastfeeding chosen.

Conclusions: Breastfeeding continues to be the preferred option for the majority. Myths are still very widespread, so it is necessary to implement postpartum classes to promote the continuity of breastfeeding, as well as to answer any question about it.

Key words: Breastfeeding; Artificial Breastfeeding; newborn; health education

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN	8
2. LACTANCIA MATERNA	9
2.1. DEFINICIÓN Y COMPOSICIÓN	9
2.2. HISTORIA DE LA LACTANCIA MATERNA	10
2.3. BENEFICIOS	12
2.4. CONTRAINDICACIONES	13
2.5. EPIDEMIOLOGÍA	14
2.6. CONTACTO PIEL CON PIEL	15
2.7. TÉCNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO	15
2.8. MITOS QUE FOMENTAN EL ABANDONO	16
3. OBJETIVOS	19
4. MATERIAL Y MÉTODOS	20
5. RESULTADOS	22
5.1. <i>Análisis descriptivo</i>	22
5.2. <i>Análisis inferencial</i>	26
6. DISCUSIÓN	32
7. CONCLUSIONES	37
8. BIBLIOGRAFÍA	38
9. ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Comparación de valores relativos de LM Natural a los 3 y 6 meses en la población española.....	14
Tabla 2: Distribución de las características sociodemográficas de la muestra.....	22
Tabla 3: Distribución de las características obstétricas de la muestra.....	23
Tabla 4: Distribución de los conocimientos sobre Lactancia Materna de la muestra.....	24
Tabla 5: Distribución de los conocimientos sobre mitos de la Lactancia de la muestra.....	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Cruce de variables Número de partos VS Tipo de Lactancia escogida.....	27
Gráfico 2: Cruce de variables Número de partos VS Tiempo de Lactancia Materna.....	27
Gráfico 3: Cruce de variables Número de partos VS Asistencia a clases preparto.....	28
Gráfico 4: Cruce de variables Asistencia a clases preparto VS Tipo de Lactancia escogida.....	28
Gráfico 5: Cruce de variables Asistencia a clases preparto VS Información recibida sobre LM.....	29
Gráfico 6: Cruce de variables Asistencia a clases preparto VS Cuánto tiempo se debe estar dando el pecho.....	29
Gráfico 7: Cruce de variables Asistencia a clases preparto VS Deformación de los pechos por amamantar.....	30
Gráfico 8: Cruce de variables Nivel educativo VS Deformación de los pechos por amamantar.....	30
Gráfico 9: Cruce de variables Asistencia a clases preparto VS El tamaño de los pechos influye en producción de leche.....	31
Gráfico 10: Estadística de nacimientos a nivel Castilla y León desde 2007 hasta 2020.....	36

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

LM: Lactancia Materna

AAP: Academia Americana de Pediatría

AEP: Asociación Española de Pediatría

IHAN: Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

INE: Instituto Nacional de Estadística

LA: Lactancia Artificial

RN: Recién Nacido

1. JUSTIFICACIÓN

La leche materna ha sido a lo largo de la humanidad el principal y único alimento que el bebé empleaba para sobrevivir. La lactancia materna (LM) exclusiva es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el alimento perfecto para un bebé durante sus primeros seis meses de vida, además de proporcionar una serie de beneficios tanto a la madre como a la sociedad. Prácticamente todas las mujeres tienen la capacidad de amamantar.

Es cierto que desde hace unos años se viene observando un leve aumento del inicio de la LM, pero aún muy por debajo de lo deseado. Sin embargo, sigue siendo un tabú cargado de desinformación y con una falta de promoción adecuada, ya sea por razones sociales o por falsos mitos que se han ido implantando en la mentalidad colectiva. Esta falta de información y los mitos que conlleva se pueden resolver a tiempo evitando así el abandono de la LM. Por ello, es importante conocer el alcance del desconocimiento en esta área y ver en qué puntos se debe incidir en la educación y promoción. El momento inmediato después del parto es una etapa clave para trabajar en la educación con la madre, ya que es el periodo en el que comienzan los miedos y las dudas.

El motivo de escoger este tema para la elaboración de mi Trabajo de Fin de Grado es mi interés por conocer hasta qué punto las madres hoy en día dominan la LM, sus beneficios y cómo los mitos pueden seguir siendo una lacra para esta práctica. De esta forma, se podría ayudarlas a nutrir adecuadamente a sus hijos y a que estos crezcan sanos y fuertes.

2. LACTANCIA MATERNA

2.1. Definición y composición

La lactancia materna exclusiva es un proceso biológico en el que la madre alimenta al recién nacido (RN) solo con la leche que produce en sus glándulas mamarias. Esta leche es un fluido que va variando de composición y cantidad en función de las necesidades que presente el bebé durante su desarrollo. Estos cambios se presentan a lo largo de la lactancia, del día, e, incluso, a lo largo de una misma toma¹.

Durante este proceso del que hablamos la leche pasará por distintas fases y recibirá nombres distintos. El primer nombre que se emplea es *calostro*, esto es, la primera leche y parte esencial. Producida durante los cuatro primeros días después del parto, tiene una apariencia amarillenta y presenta una gran cantidad de proteínas, ácido siálico, minerales, vitaminas liposolubles E, A y K e inmunoglobulinas, todo ello en un pequeño volumen (2-20 ml por toma). Las inmunoglobulinas son vitales para proteger al RN de los gérmenes ambientales y favorecer la maduración de su sistema inmunitario. Cabe destacar la proporción de proteínas del suero/caseína, que es de 80/20 en el calostro, mientras que en la leche madura de 60/40. También el contenido en colesterol es superior en el calostro que en la leche madura. El calostro se adapta a la inmadurez inicial de los riñones del RN, que no pueden manejar grandes cantidades de líquido. También ayuda a evacuar el meconio evitando la hiperbilirrubinemia neonatal y acelerando la maduración del intestino^{1,2}.

La *leche de transición* es la que se produce entre cuatro y quince días después del postparto. Destaca el aumento brusco de la producción de leche entre el cuarto y el sexto día. Esto seguirá así hasta situarse en un volumen de 600-700 ml día entre los días quince y treinta del postparto, que luego llegará a aumentar hasta los 900 ml. Su composición irá modificándose hasta encontrar una composición adecuada al bebé, cuando se estabilizará. Es la llamada *leche madura*. Si la madre tuviera gemelos, se producirá un volumen suficiente para cada uno de ellos^{1,2}.

La *leche pretérmino* es una leche especial que surge cuando el niño se adelanta a su fecha y nace prematuro. Esta leche es especial porque se adapta a las necesidades peculiares del pretérmino: tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y

cloruro sódico. Lo que destaca en especial son los altos niveles de vitaminas liposolubles, lactoferrina e IgA¹.

Hemos dicho que varía también en la misma toma y eso es porque en los primeros minutos la leche es muy rica en agua y azúcar, calmando la sed, de ahí que no se deba dar agua al bebé. Posteriormente, aumenta gradualmente su contenido en grasas aportando más calorías que lo saciarán evitando la sobrealimentación y el riesgo de obesidad^{1,2}.

Tanto la OMS, como la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (AEP) coinciden en que es recomendable una LM exclusiva durante los primeros seis meses de vida del lactante, así como la importancia del inicio temprano de la lactancia en las primeras horas de vida. Además, se recomienda continuar con la misma de forma complementaria a otros alimentos hasta alcanzar los dos años de edad³.

En cuanto a cómo intervenir en los centros de salud, en 1989 la OMS y UNICEF crearon un documento llamado “Los 10 pasos para una feliz lactancia natural” (Anexo 1). Esto fue la base para la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) en 1991-1992 ante la baja prevalencia de LM⁴. En esta se añadió el “código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna” con el que se pretendía proteger a las madres y niños de la práctica incorrecta de estos productos actualizando la información de los mismos con una base científica junto con una promoción de la salud materno-infantil humanizando la asistencia al nacimiento y promoviendo la LM^{5,6}. En el 2009 el IHAN fue un paso más allá e impulsó una iniciativa que derivó en la aparición de Centros de Salud IHAN con sus correspondientes pasos, “Los 7 pasos en centros de salud para ser IHAN” (Anexo 2) dirigidos al personal sanitario para mejorar la calidad de los centros en cuanto a la LM⁶.

2.2. Historia de la Lactancia Materna

La humanidad siempre ha estado ligada a la lactancia materna, de ahí que su historia sea tan extensa como la del propio hombre. Una de las figuras más importantes dentro de este campo es la nodriza. Es una persona de gran importancia para la sociedad y cargada de privilegios; su trabajo consistía en amamantar a los hijos de las madres de clase alta⁷.

El código Hammurabi de 1800 a.C. ya regulaba que las nodrizas debían dar el pecho

entre los dos y los cuatro años. En Egipto dieron un paso más y describieron incluso las posturas adecuadas para dar de mamar y qué cuidados o criterios seguir para determinar la calidad de la leche y las enfermedades derivadas de una mala lactancia⁷.

Por otro lado, en Roma, aunque se incitaba la práctica de la lactancia, esta era asociada al envejecimiento prematuro de los pechos. Sin embargo, son los romanos los que promulgaron las primeras leyes de protección al infante, en las que los padres debían asegurarse de que el niño estuviera sano y bien nutrido: eso incluía la lactancia⁷.

Pero al que se le considera como el padre de la puericultura, la ciencia que se ocupa de los cuidados de salud del niño durante sus primeros años de vida es al griego Sorano de Éfeso. Este ya decía que el destete debía realizarse pasados los dos o tres años de lactancia y la consideraba como uno de los momentos vitales de la vida de un niño⁷.

Llegando a la Era Cristiana, se fomentó todavía más el cuidado de los niños, ya que eran considerados portadores de un alma inmortal. Incluso la iconografía religiosa representaba a la Virgen dando el pecho, iconografía galactotrofusa, como símbolo de algo divino. Pero en la entrada de la Edad Media surgen dos cambios significativos. El primero parte de la idea de que la lactancia era mejor si era suministrada por la propia madre. El segundo excusaba a aquellas madres que no podían hacerlo y que, por tanto, podían delegar la función en nodrizas o en los padres de los biberones actuales. Durante esta época también se comenzó a prestar más atención a la higiene en el acto de amamantar. Se fija los años para amantar al bebé (tres años) y se excluye a nodrizas enfermas, musulmanas o judías⁷.

Debemos tener en cuenta que en estos años se vive uno de los acontecimientos fundamentales de la historia de Europa: el descubrimiento de América. Este suceso provocó el declive de las nodrizas, ya que se empezó a observar que aquellas que tenían sífilis o gonorrea podrían contagiar a los bebés a través de la leche. Además, ya se empezaba a hablar del vínculo madre-hijo a través de este acto⁷.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, con la aparición de la leche en polvo, el papel de las nodrizas desaparece por completo. Cabe destacar que este cambio viene ligado a la aparición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la certeza de que a través de la leche se pueden transmitir enfermedades. Sin embargo, el exceso de las fórmulas trajo consigo muertes por infecciones y desnutrición de miles de niños. Por ello,

debemos saber que en esos años hubo una gran interrupción de la transmisión de conocimientos entre generaciones, que hoy aún arrastramos⁷.

Ahora, en el siglo XXI, se tiene la certeza de que la LM es el alimento más completo con el que pueden contar los recién nacidos y lactantes. Se aprecia que, a lo largo de la historia, la LM ha ido evolucionando en pensamiento, legislación y formas de actuar, pero que siempre ha sido un pilar de la alimentación de los pequeños. Ha pasado de ser un medio de supervivencia o de subsistencia socioeconómica a una opción de nutrición cargada de un fuerte componente sentimental⁷.

2.3. Beneficios

La lactancia materna está cargada de múltiples beneficios, ya no solo para el lactante, sino también para la propia madre y la sociedad. Beneficios que tocan distintos ámbitos como el biológico, el psicoafectivo, el económico o el social.

Si nos centramos en el bebé, diferentes estudios y la propia OMS indican que, aparte de proporcionar los nutrientes y la hidratación necesarias, ayuda a prevenir en un 64% infecciones gastrointestinales inespecíficas, junto con una frecuencia menor de diarreas; por otro lado, también ayuda a prevenir infecciones respiratorias. En cuanto a las alergias alimentarias se observa que la LM disminuye la probabilidad de presentar alergia a la proteína de leche de vaca. También ayuda a prevenir obesidad (hay hasta un 30 % de reducción de riesgo), diabetes y la hipertensión en la vida adulta. Con relación a la leucemia y el cáncer infantil también reduce en cierta medida el riesgo de sufrirlo. En la celiaquía tiene un papel protector consiguiendo reducir hasta un 52% el riesgo de desarrollarla en el momento de la exposición al gluten. También reduce el riesgo de mortalidad en el primer año de vida consiguiendo prevenir más de un millón de muertes infantiles al año, lo que equivaldría a prevenir un 13% de la mortalidad infantil mundial. Se relaciona con un correcto desarrollo cognitivo a largo plazo.^{8,9}

Cuando se opta por no amamantar y se usa lactancia artificial (LA), se interfiere en la maduración de las funciones orales del bebe tales como degluciones atípicas o disfunción masticatoria. Y no podemos olvidarnos de la microbiota intestinal, que se vería muy afectada en su composición presentando poblaciones menos estables y uniformes que un niño amamantado⁹.

En cuanto a los niños prematuros, también obtienen grandes beneficios con la LM tales como incremento del desarrollo neurológico, protección frente a riesgos cardiovasculares, mejor digestibilidad y disminución de la prevalencia de enteritis necrotizante hasta un 77%^{9, 10}.

En las madres, a corto plazo ayuda a la recuperación física disminuyendo las hemorragias y reduciendo el riesgo de depresión postparto. Por otro lado, a largo plazo ayuda a reducir las posibilidades de desarrollar cáncer de ovario, de mama, diabetes tipo II, hipertensión, ataques cardíacos, anemia y osteoporosis⁸.

Finalmente, a la sociedad le aporta beneficios contribuyendo al desarrollo de los países, ayudando a disminuir a largo plazo los costos para atender enfermedades como la diabetes, el cáncer o la hipertensión. Pensemos en la leche humana como un alimento natural y renovable: con ella podemos ayudar al cuidado del medio ambiente, ya que no produce desechos por evitar el uso de materiales contaminantes como envases y supone un ahorro económico en los hogares, puesto que no se invierte en fórmulas lácteas^{8,9}.

Todos estos beneficios han sido demostrados en multitud de estudios a lo largo de los años. Cabe tener en cuenta que dichos estudios son observacionales (cohortes y casos y controles), ya que los ensayos clínicos resultan muy difíciles de realizar por cuestiones éticas, y por ello su evidencia científica es menor a la que se obtendría con un ensayo clínico¹¹.

2.4. Contraindicaciones

También debemos tener en cuenta que hay algunas afecciones que pueden excusar el no amamantar de forma temporal o permanente. No se puede amamantar al bebé cuando este tiene galactosemia o un déficit congénito de lactasa, al no poder digerir la lactosa de la leche. Si la madre consume drogas está prohibida la LM ya que los compuestos pasarían al bebe a través de la leche. Tampoco se puede amamantar si se es VIH seropositivo o se padece tuberculosis activa no tratada¹².

También hay situaciones en las que temporalmente la madre no podrá dar el pecho como los casos en los que la madre esté recibiendo quimioterapia o cuando tenga un absceso. En esta última situación, hasta que el absceso sea tratado, se podrá lactar solo del pecho sano¹².

Hay que tener muy presente el consumo de fármacos que pueda hacer la madre y la relación de estos con la lactancia. Por ello, la madre debería estar al tanto de la clasificación que se les dan a los medicamentos en relación con este tema. Los catalogados como tipo A son aquellos que son inocuos y compatibles con la lactancia. Los tipo B están permitidos, pero con precaución por ciertos efectos adversos leves. Los tipo C están totalmente contraindicados, ya que se han descrito efectos adversos graves. Por último, los tipo D son aquellos de los que no se dispone información por lo que es mejor prevenir su uso¹².

2.5. Epidemiología

A pesar de los numerosos beneficios demostrados que aporta la LM y el sinfín de recomendaciones internacionales, distintos estudios epidemiológicos muestran una tendencia de un seguimiento de la LM menor a la deseada.

Es cierto que con respecto a las Encuestas Nacionales de los últimos 20 años realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) los datos en cuanto a la LM en 2017 han mejorado ligeramente, pero aún estamos por debajo de lo deseado. Destaca el aumento en cuanto a mantener la LM exclusiva hasta los 6 meses con un 39% y su comparativa con el uso de leches artificiales en estos meses, de un 41,6 %¹³.

Si observamos las encuestas de los años 2006 y 2011, y comparamos con las de 2017 podemos observar ese aumento, tal y como refleja la (Tabla 1)¹⁴.

AÑO	VALOR DE LM NATURAL A LOS 3 MESES	VALOR DE LM NATURAL A LOS 6 MESES
2006	52,48	24,72
2011	53,55	28,53
2017	63,87	39

Tabla 1: Comparación de valores relativos de LM Natural a los 3 y 6 meses en la población Española. Fuente: Elaboración propia.

Aun con este aumento de la LM a los 6 meses, seguimos lejos de la Meta Mundial nº5 marcado en el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición materna del lactante y del niño pequeño en el año 2008, en el que se pone por objetivo llegar a 2025 con un mínimo de un 50% de LM exclusiva a los 6 meses¹⁵.

2.6. Contacto piel con piel

El contacto piel con piel es un elemento muy importante y vital en la LM. Es la llamada postura de *crianza biológica*, que consiste en colocar al RN desnudo boca abajo con la cabeza ladeada pegado al abdomen desnudo de la madre justo después del parto. Este acto lleva consigo una serie de beneficios. Ya no solo facilita la LM, también ayuda al bebé a adaptarse al medio extrauterino y reduce el estrés provocado por el parto. Todo ello sumado al hecho de que este acto refuerza el vínculo afectivo madre-hijo¹⁵.

Durante el parto se produce una descarga de adrenalina que estimula la memoria olfativa. Esto es una gran señal en el amamantamiento, ayudando al RN a encontrar el pezón y succionar. Con ello se potencia la generación de oxitocina que, entre otras cosas, favorece la salida de calostro y la producción de leche materna¹⁶.

Incluso si el parto es por cesárea, se recomienda esta práctica como indica, con una evidencia fuerte, la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁵.

2.7. Técnica correcta de amamantamiento

Es imprescindible que la madre conozca la técnica correcta de amamantamiento para que la LM se desarrolle con éxito favoreciendo la producción de leche y evitando la aparición de grietas en los senos y dolor³.

Existen muchas posturas para dar de mamar. Cada madre elegirá la que le sea más cómoda ya no solo para ella sino también para su hijo, pero lo principal es que el bebé esté frente a la madre y pegado a su cuerpo³.

Una de las más comunes y practicadas es la *crianza biológica*, ya explicada en el anterior apartado. Algunas otras que son interesantes de tratar por sus beneficios son la postura *balón de rugby*, en la que el bebé está por debajo de la axila de la madre con sus pies hacia la espalda, esta postura se usa para drenar los conductos de las mamas o en las cesáreas, ya que protege la herida quirúrgica. La posición *tumbada lateral* consiste en que la madre se acueste de costado y saque el seno del lado sobre el que se apoya, es una postura ideal cuando aún se tienen molestias por el parto y favorecer así el descanso materno. Si se sufriera de mastitis sería recomendable la postura *tumbada lateral, con*

bebe inverso. Cuando el bebé tiene dificultades para fijarse al pecho, labio leporino o reflujo gastroesofágico se recomienda la *posición de caballito*, en la que estando la madre sentada coloca al bebé sentado sobre una de sus piernas. Pero, sin duda, una de las posturas clásicas más usadas es la *Posición cuna*, en la que la madre sujeta la cabeza del bebé con el brazo del lado del pecho que ofrece, colocando la mano en la espalda del RN y su cabeza en el antebrazo^{15, 16}.

También es muy importante que el bebé se agarre correctamente. El bebé debe tocar el pecho de la madre con el mentón y tener la nariz apoyada ligeramente sobre él, abriendo la boca con los labios evertidos en “forma de pez” abarcando la areola, y con las mejillas redondas al succionar. No debe hacer “chasquidos”, y no debe chupar solo el pezón. Además, se debe ver la areola más por encima de la boca que por debajo. También la madre sabrá que está en buena postura y agarre porque no le dolerá el acto. No se debe olvidar que se deben ofrecer siempre los dos pechos. Se puede saber cuando el amamantamiento está siendo ineficaz si el bebé pierde más de un 7% del peso al nacimiento, si realiza menos de 3 deposiciones por día, si el bebé se encuentra irritable o cuando la madre sienta dolor en los pezones o congestión mamaria^{3, 17, 18}.

La duración de la toma es otro punto importante y en el que hay una gran confusión. Sabemos, como ya hemos comentado, que la leche varía a lo largo de la toma por lo que no se debe retirar al bebé hasta que no haya finalizado y él mismo se desprenda, ya que, si no, no estaría recibiendo todos los nutrientes que necesita. Por lo tanto, no hay un número exacto de cuánto tiempo hay que estar dando de mamar, es a demanda¹⁷.

Tampoco hay una hora exacta para dar el pecho, debe ser cuando el bebé quiera y nos lo indique con distintos signos, tales como sacar la lengua, menear la cabeza o chuparse los puños. Ciertamente es que según las guías prácticas se recomienda mamar un mínimo de 8 veces cada 24 horas, lo que daría lugar a la recomendación de dar el pecho cada 3 horas. Pero esto no es fijo ni inamovible, es a demanda como las propias guías también indican^{3, 15}.

2.8. Mitos que fomentan el abandono

En muchas culturas es algo normal y sin tabúes, pero en países occidentales la LM

y dar el pecho están cargados de mitos y falsas creencias, que acaban siendo los responsables en su mayoría del abandono o no instauración de la LM. AEP nos alerta de cuáles son los más frecuentes.

- ❖ *La lactancia deforma los pechos:* el principal cambio sucede durante el embarazo. Es verdad que el pecho se deforma poco a poco, pero no por dar el pecho, sino por la edad, la cantidad de grasa corporal...¹⁹
- ❖ *Debe haber un horario de tomas (diez minutos de cada pecho cada tres horas):* esta creencia viene ligada a la suposición de que así el bebé aprenderá a regularse. Lo cierto es que la LM debe ser “a demanda” por el bebé, quien es el único que puede decidir cuánta leche toma y durante cuánto tiempo. Esto viene ligado a otro mito que es el de que *si se le da de mamar al bebé cada vez que lo pide se le malcría*. Debemos recordar que el acto de dar el pecho es un vínculo madre-hijo cargado de tintes afectivos y que genera una evolución psicológica en el bebé^{19,20}.
- ❖ *Se debe dar siempre de los dos pechos en cada toma:* lo cierto es que para pasar al otro pecho antes debe estar bien vacío el primero, ya que así el bebé obtiene la leche más rica en grasa, y por tanto con más calorías, la cual sale al final de la toma¹⁹.
- ❖ *La lactancia materna duele:* es uno de los mitos más extendidos. Es verdad que puede doler el pecho, pero eso es un indicativo de que no se está realizando adecuadamente, ya sea por un mal agarre, una infección, una mala postura...¹⁹
- ❖ *Los pechos pequeños producen menos leche:* es totalmente falso, ya que el tamaño no influye en la capacidad de producir leche. Lo que marca el producir más o menos leche es la cantidad de grasa y tejido glandular que tiene la madre. Es cierto que hay situaciones en las cuales es más difícil dar el pecho, como los pezones invertidos, pero igualmente pueden dar de mamar. También existe el mito de que hay madres, que más allá del tamaño del pecho, simplemente *no producen leche*. Esto es prácticamente imposible, es el bebé el que controla la cantidad de leche que producirá la madre, por ello el tener en cuenta el “a demanda”^{19, 20}.
- ❖ *El calostro no alimenta:* como ya hemos hablado a lo largo de este trabajo el calostro es esencial y es al final el primer alimento del RN¹⁹.

- ❖ *La leche producida es de mala calidad:* algunas madres refieren normalmente que su leche es más aguada y que por tanto no es nutritiva. Como ya hemos hablado en este trabajo la composición y apariencia de la leche cambia a lo largo de la toma, por tanto al principio siempre tendrá un aspecto más acuoso¹⁹.

Conocer estos mitos nos sirve para saber la visión que tiene la ciudadanía de la LM y cómo luchar contra ellos para así poder enseñar a las madres con una base sólida y científica .

Tales mitos serán estudiados y analizados en la encuesta realizada a las madres para este trabajo observando la prevalencia o no de los mismos en la sociedad actual.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar los conocimientos sobre lactancia materna de las madres que acaban de tener un hijo en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y la decisión tomada sobre el tipo de lactancia que seguirán.

Objetivos específicos

- Describir el porcentaje de inicio de lactancia materna en nuestro ámbito de trabajo (área de salud Valladolid Este).
- Describir los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna.
- Comparación de conocimientos sobre lactancia entre grupos en función de distintas variables epidemiológicas.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Sujetos

Para el presente estudio se encuestó a una muestra de 90 mujeres que acababan de dar a luz en un periodo no superior a 2 días postparto y que estaban hospitalizadas en la planta de maternidad del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se realizó el estudio todos los lunes y jueves desde el 21 de febrero de 2022 hasta el 28 de abril de 2022.

Metodología

Para la realización de este Trabajo de Fin de Grado, se diseñó una encuesta de 21 preguntas (Anexo 3) con variables de conocimiento y expectativas sobre la lactancia a partir de una revisión de la literatura científica. La encuesta siempre fue pasada por la misma persona para evitar el sesgo del entrevistador. La duración media de la entrevista fue de 10 minutos.

La encuesta cuenta con una serie de variables sociodemográficas, obstétricas y sobre conocimientos y mitos de la LM.

Las variables extraídas y posteriormente estudiadas fueron:

- ❖ Sociodemográficos
 - Edad de las sujetos
 - Nivel Educativo
 - Lugar de procedencia
- ❖ Obstétricas
 - Número de partos
 - Tipo de parto
 - Asistencia a clases preparto
 - Contacto piel con piel
 - Información recibida sobre LM

- Tipo de lactancia escogida
- Tiempo de primer contacto
- ❖ Conocimientos y mitos
 - Motivo para Lactancia Artificial
 - Importancia de dar el pecho
 - Conocimientos sobre ventajas de LM
 - Tiempo pensado en dar LM
 - Conocimiento de posición y agarre a la hora de dar el pecho
 - Cada cuánto se debe dar el pecho
 - Cuánto tiempo debe estar dando el pecho
 - Deformación de senos a causa de amamantar
 - El tamaño del pecho influye en la cantidad de leche generada
 - Calidad de la leche

Todo el trabajo ha sido realizado siguiendo un cronograma (Anexo 4).

Todos los datos recogidos para la elaboración del Trabajo de Fin de Grado están protegidos por un compromiso de confidencialidad que protege en todo momento la intimidad y la dignidad de las pacientes estudiadas. La alumna Henar López Teso se compromete a no reproducir, transferir o duplicar la información a la que tuvo acceso.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Este (Anexo 5).

Análisis estadístico

Los datos fueron codificados e introducidos en una hoja Excel que fue posteriormente exportada para su análisis estadístico al programa SPSS versión 28.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Se realizó una estadística descriptiva e inferencial. Las variables cualitativas se expresan como distribución de porcentajes y las cuantitativas, con medidas de centralización y dispersión. La comparación de variables cualitativas entre grupos se lleva a cabo con el test “Chi cuadrado”, considerando una diferencia significativa cuando la p sea inferior a 0,05.

5. RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivo

Características generales de la muestra

El número de mujeres a las que se les ofreció participar en el estudio fue de 90, de las cuales todas (100%) aceptaron participar. La edad media de las participantes fue de 32 años (Media: 32,43 , DS 5,792 , Rango [17 a 46]). Entre las encuestadas el 72,2% eran de nacionalidad española. El 62,2% de las encuestadas tenían estudios universitarios (Tabla 2).

	Número	Porcentaje
EDAD		
<=35	61	67,8%
>35	29	32,2%
NACIONALIDAD		
Española	65	72,2%
Otra nacionalidad	25	27,8%
NIVEL DE ESTUDIOS		
Primaria	14	15,6%
Secundaria	20	22,2%
Superior	56	62,2%

Tabla 2: Distribución de las características sociodemográficas de la muestra. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las características obstétricas (Tabla 3), el 56,7% de las encuestadas eran madres por primera vez y el 43,3% ya lo eran, siendo mayoritario por un 53,8% los dos hijos . De estas madres multíparas solo un 20,5 % no habían dado LM a sus anteriores hijos, todas por motivos de salud o de conciliación laboral.

El tipo de parto que se produjo con mayor frecuencia fue el natural. La asistencia a cursos parto durante el último embarazo fue del 41,1%

La lactancia elegida mayoritariamente fue la LM con un 78,7%. Principalmente se recibió información sobre LM de mano de las clases preparto (39,4%) y de la familia (31%). Prácticamente todas las madres pudieron realizar el acto de piel con piel, y las que no pudieron se realizó con el padre o no se pudo hacer por ingreso urgente del menor.

	Número	Porcentaje
NÚMERO DE PARTOS		
Primípara	51	56,7%
Múltipara	39	43,3%
TIPO DE PARTO		
Natural	64	71,1%
Cesárea	26	28,9%
TIPO DE LACTANCIA ELEGIDA		
Lactancia Materna	70	78,7%
Lactancia Artificial	17	19,1%
Aún no lo ha decidido	2	2,2%
ASISTENCIA A CLASES PREPARTO		
Sí	37	41,1%
No	53	58,9%
CONTACTO PIEL CON PIEL		
Sí	78	86,7%
No	12	13,3%
INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LM		
Sí	71	78,9%
No	19	21,1%
TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA PRIMERA TOMA		
Paritorio	42	58,3%
Primera media hora	16	22,2%

2-3 horas	9	12,5%
En otro momento	5	6,9%

Tabla 3: Distribución de las características obstétricas de la muestra. Fuente: Elaboración propia.

Conocimientos sobre LM y mitos de la muestra

Por último, analizamos los conocimientos sobre la LM (Tabla 4). El motivo principal por el que las madres escogieron la LA fue porque no les subía la leche y se habían frustrado, aunque destaca también el hecho de que algunas madres refirieron elegir la LA por dolor al amamantar (17,64%).

	Número	Porcentaje
MOTIVO DE ELECCIÓN DE LA		
No sube la leche	6	35,3%
El bebe no se engancha	1	5,9%
Otro motivo	10	58,8%
IMPORTANCIA DE DAR EL PECHO		
Sí	88	97,8%
No	2	2,2%
VENTAJAS DE LA LM		
Sí	72	80%
No	18	20%
TIEMPO PENSADO EN DAR EL PECHO		
3 meses	2	2,7%
4 meses	13	17,8%
6 meses	25	34,2%
Más de 6 meses	33	45,2%
POSICIÓN DE AGARRE PARA DAR EL PECHO		
Sí	74	82%

No	16	18%
----	----	-----

Tabla 4: Distribución de los conocimientos sobre Lactancia Materna de la muestra. Fuente: Elaboración propia.

Prácticamente todas las encuestadas (97,8%) veían importante dar el pecho, pero un 43,3% considera que la LM y la LA son iguales. Un 80% estaba al tanto de los beneficios que aporta la leche materna. Mayoritariamente optan por entre 6 y más de 6 meses de tiempo de lactancia.

La mayoría dice conocer las posiciones de agarre para dar el pecho, y la postura más conocida es la de cuna (64,8%), seguida por la de balón de rugby (48,6%).

En cuanto a los mitos sobre la lactancia (Tabla 5), un 68,9% piensa que se debe dar el pecho a demanda del bebé y que se debe tener al bebé dando el pecho hasta que este se desprenda con un 62,2%. La mitad de las encuestadas piensan que el acto de amamantar deforma las mamas, solo un 12,2% que el tamaño de las mismas influye a la hora de general leche y un 46,7% piensa que hay mujeres que no generan leche de buena calidad.

	Número	Porcentaje
CADA CUÁNTO SE DEBE DAR EL PECHO		
Cada 3 horas	27	30%
A demanda	62	68,9%
No lo sé	1	1,1%
CUÁNTO TIEMPO DEBE ESTAR DANDO EL PECHO		
Media hora por pecho, no más	2	2,2%
10 minutos por pecho, no más	25	27,8%
A demanda	56	62,2%
No lo sé	7	7,8%
AMAMANTAR PUEDE DEFORMAR LOS SENOS		
De acuerdo	45	50%
En desacuerdo	34	37,8%
No lo sé	11	12,2%

EL TAMAÑO DEL PECHO INFLUYE EN LA CANTIDAD DE LECHE GENERADA		
De acuerdo	11	12,2%
En desacuerdo	75	83,3%
No lo sé	4	4,4%
HAY MUJERES QUE GENERAN LECHE DE MALA CALIDAD		
De acuerdo	42	46,7%
En desacuerdo	33	36,7%
No lo sé	15	16,7%

Tabla 5: Distribución de los conocimientos sobre mitos de la Lactancia de la muestra. Fuente:

Elaboración propia.

5.2. Análisis inferencial

Contrastamos y relacionamos las variables para observar si existe o no una relación significativa entre ellas. Para saberlo el grado de significación (p) entre ellas debe ser inferior a 0,05.

Para todo ello se realiza la prueba de chi cuadrado. En el caso de que el número de casillas con valores esperados menores de 5 es mayor de un 20%, se ha utilizado el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías.

¿El número de partos que ha tenido la madre influye en el tipo de lactancia escogida en el último hijo?

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,039$) en cuanto al hecho de que las madres primerizas optan con más frecuencia por la LM, mientras que las multíparas ,aún escogiendo mayoritariamente LM , tienen un número mayor de LA; como se puede observar en el gráfico 1.

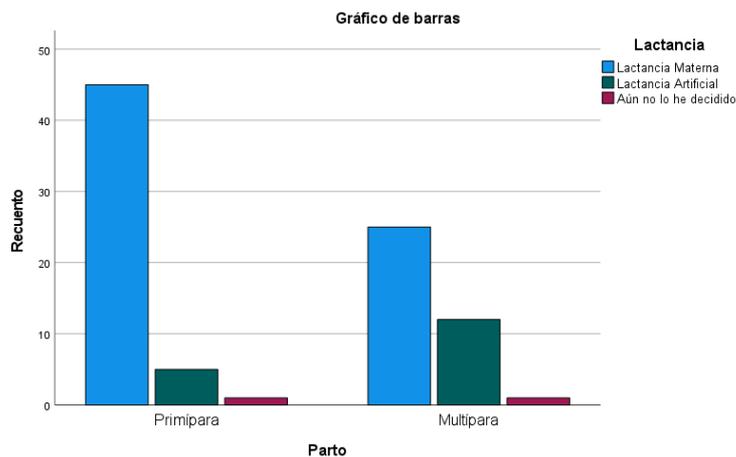


Gráfico 1: Cruce de variables Número de partos VS Tipo de Lactancia escogida. Fuente: Elaboración propia.

¿El número de partos que ha tenido la madre influye en el tiempo de lactancia en el último hijo?

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p = <0,001$) en cuanto al hecho de que las madres primerizas aún optando por lactar más de 6 meses mayoritariamente dicen querer solo llegar a los 6 meses, mientras que las multíparas mayoritariamente dicen lactar más de 6 meses ; como se puede observar en el gráfico 2.

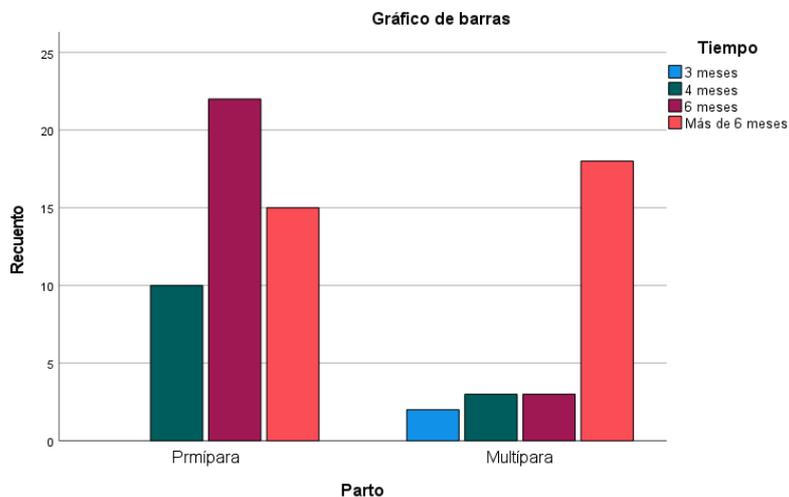


Gráfico 2: Cruce de variables Número de partos VS Tiempo de Lactancia Materna. Fuente: Elaboración propia.

¿El número de partos que ha tenido la madre influye en la asistencia a clases preparto?

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p = <0,001$) en cuanto al hecho de que las madres multíparas tienden a no volver a asistir a las clases preparto ; como se

puede observar en el gráfico 3.

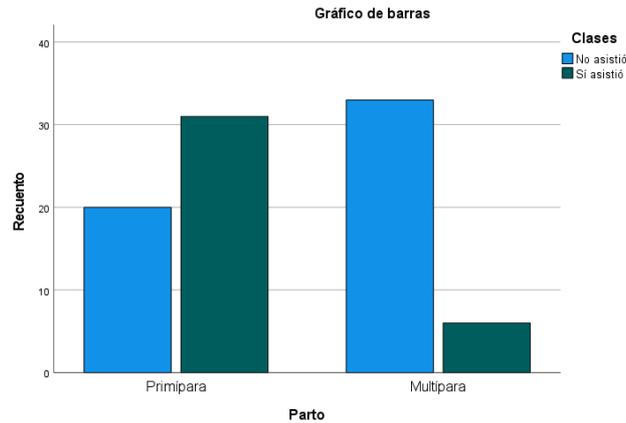


Gráfico 3: Cruce de variables Número de partos VS Asistencia a clases preparto. Fuente: Elaboración propia.

¿Asistir a las clases preparto influye en el tipo de lactancia escogida?

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,014$) en cuanto al hecho de que las madres que no asistieron a las clases preparto tendieron a escoger más la LA; cómo se puede observar en el gráfico 4.

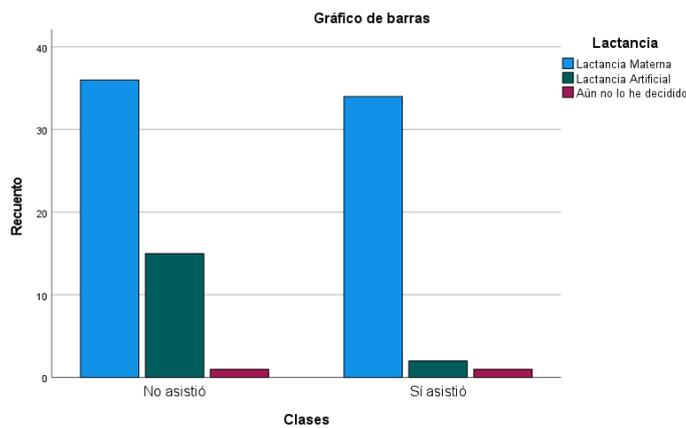


Gráfico 4: Cruce de variables Asistencia a clases preparto VS Tipo de Lactancia escogida. Fuente: Elaboración propia.

¿Asistir a las clases preparto influye a la hora de recibir más información sobre la lactancia materna?

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$) en cuanto al hecho de que las madres que no asistieron a las clases preparto tendieron a indicar haber recibido menos información sobre la LM de manos de esta fuente y por tanto la recibieron de otros lados; cómo se puede observar en el gráfico 5.

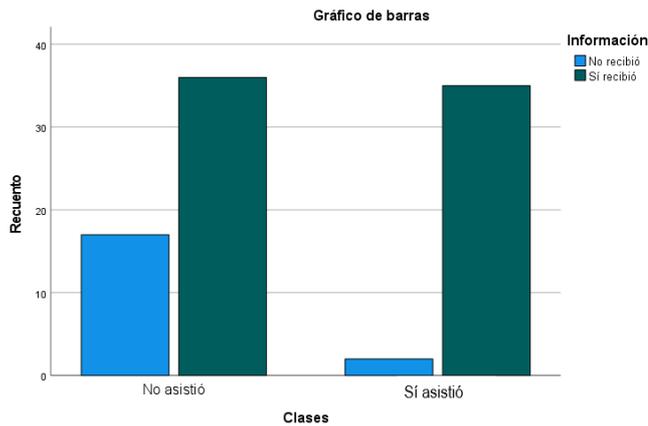


Gráfico 5: Cruce de variables Asistencia a clases preparto VS Información recibida sobre LM. Fuente: Elaboración propia.

¿Asistir a las clases preparto influye en el mito de que se debe tener al bebé en cada pecho 10 minutos?

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en cuanto al hecho de que las madres que no asistieron a las clases preparto tendieron a responder que se debía tener 10 minutos al bebé en cada pecho, mientras que las que sí que fueron a estas clases respondieron prácticamente todas la opción de a demanda; cómo se puede observar en el gráfico 6.

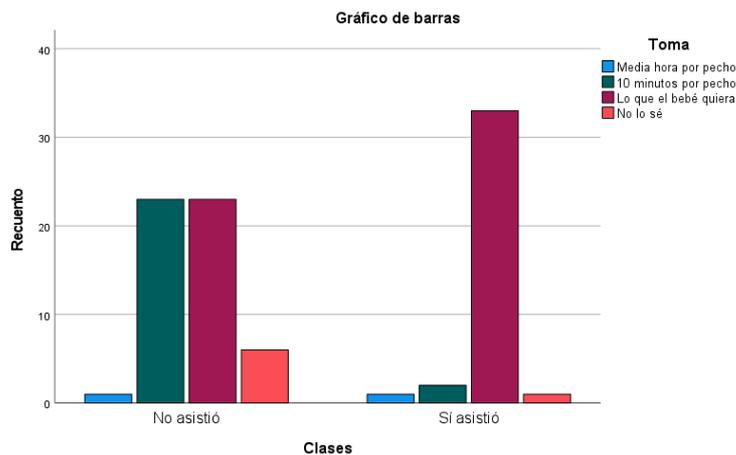


Gráfico 6: Cruce de variables Asistencia a clases preparto VS Cuánto tiempo se debe estar dando el pecho. Fuente: Elaboración propia.

¿Asistir a las clases preparto influye en el mito de que dar el pecho deforma los pechos?

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,004$) en cuanto al hecho de que las madres que no asistieron a las clases preparto tendieron a declarar estar de acuerdo con el mito de que amamantar deforma los pechos, mientras que las que sí que fueron a estas clases respondieron un mayor número estar en desacuerdo; cómo se puede observar en el gráfico 7.

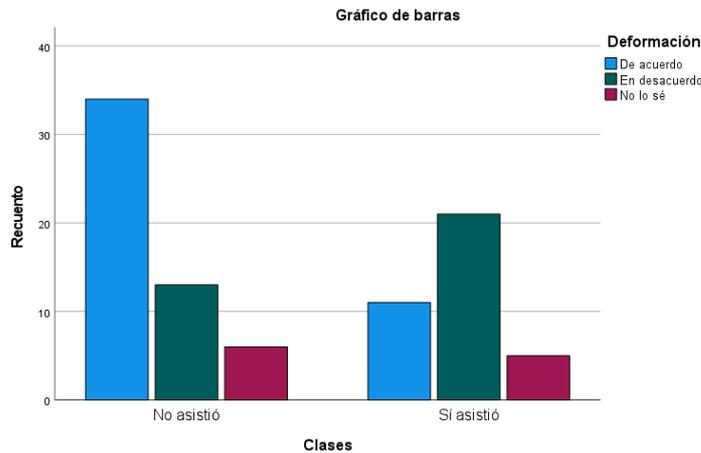


Gráfico 7: Cruce de variables Asistencia a clases preparto VS Deformación de los pechos por amamantar. Fuente: Elaboración propia.

¿El nivel educativo influye en el mito de que dar el pecho deforma los pechos?

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,017$) en cuanto al hecho de que las madres sin estudios superiores tendieron a declarar estar de acuerdo con el mito de que amamantar deforma los pechos; cómo se puede observar en el gráfico 8.

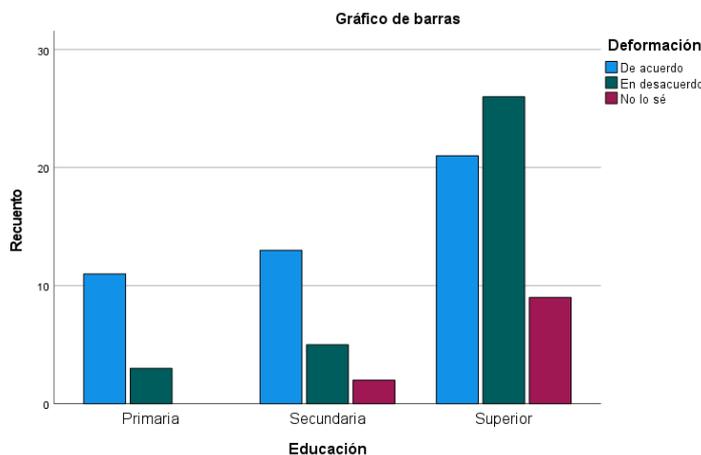


Gráfico 8: Cruce de variables Nivel educativo VS Deformación de los pechos por amamantar. Fuente: Elaboración propia.

¿Asistir a las clases preparto influye en el mito de que el tamaño de los pechos determina la producción de la leche ?

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$) en cuanto al hecho de que, aunque es cierto que ambos grupos refirieron mayoritariamente estar en desacuerdo con el mito, las madres que no asistieron a las clases preparto fueron las únicas en declarar estar de acuerdo; cómo se puede observar en el gráfico 9.

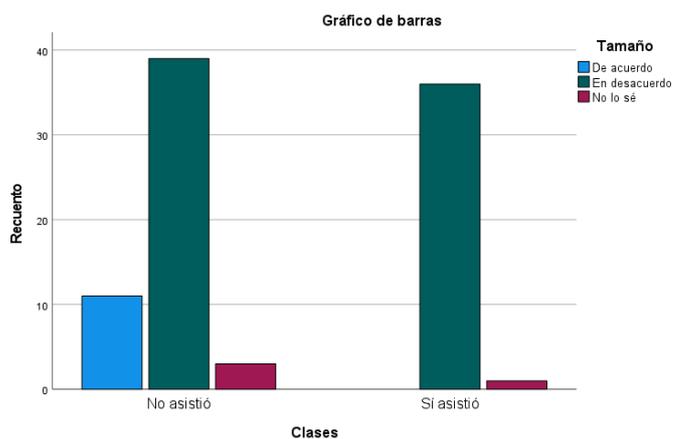


Gráfico 9: Cruce de variables Asistencia a clases preparto VS El tamaño de los pechos influye en producción de leche. Fuente: Elaboración propia.

Respecto al análisis inferencial del resto de variables no se ha encontrado significación estadística. Como por ejemplo, que al estudiar la relación entre la nacionalidad de la madre con el tipo de lactancia escogida se observa un grado de significación mayor a 0,05 ($p=0,471$), o que al estudiar la relación entre el nivel educativo de la madre con el tipo de lactancia escogida se observa un grado de significación mayor a 0,05 ($p=0,061$). Así ocurre con el resto de las asociaciones entre variables estudiadas.

6. DISCUSIÓN

Características sociodemográficas

Es cierto que de los datos obtenidos en cuanto a la edad se deduce que las madres tienden a tener los hijos a una edad fisiológicamente aceptable (recordemos que menos de 35 años se considera edad fértil), pero no debemos pasar por alto que el 32,2 % de la muestra supera esa franja, con rangos de hasta 46 años. Tampoco podemos olvidar que la media es de 32,43 años, un valor muy cercano a los 35, lo que puede indicar que las mujeres actualmente no se deciden a ser madres hasta no tener una estabilidad económica y laboral, lo que supone un aumento en la edad media de las madres. La estrategia para bajar esa media se debería dirigir sobre todo a conseguir asegurar una conciliación familiar y laboral con un aumento de los meses de baja, horarios más flexibles o, en los casos en los que sea posible, trabajo online. Recordemos además que, en la actualidad, el permiso de maternidad es de 16 semanas (3-4 meses), esto es, inferior a los 6 meses que indica la OMS que se debe dar de LM. Esto dificulta la instauración adecuada de la LM.

En referencia al nivel de estudios de las madres, el presente trabajo no ha encontrado resultados significativos que indiquen que tener más o menos estudios sería un factor clave para la elección de un tipo de lactancia u otra. Es una variable muy discutida que en distintos estudios da resultados dispares, indicando unos la posible relación Educación-Lactancia, pero no así en otros. El único dato destacable que se ha obtenido es el hecho de que la educación influye en el mito de que dar el pecho deforma los senos, puesto que las mujeres con menor nivel educativo creen este mito cierto (gráfico 8).

Características obstétricas

En nuestro estudio no se presenta una diferencia notable entre el número de madres primerizas y aquellas que ya han sido madres anteriormente, aunque es cierto que es un tanto superior el de primíparas (56,7%). En este punto es interesante analizar cómo la experiencia de anteriores partos influye a la hora de la decisión de alargar el tiempo de lactancia. Se ha podido comprobar (gráfico 2) que la mayoría de las madres multíparas tienden a indicar querer lactar más de 6 meses, lo que puede deberse a los conocimientos adquiridos con anterioridad y a una experiencia positiva con la LM. El éxito de un periodo

de lactancia anterior permite a la madre tener una mayor confianza en su capacidad de amamantar. Si bien es cierto que debemos recalcar que, aun siendo verdad que las madres multíparas tienen más conocimientos que las primíparas (lo que es propio, por otra parte, de la experiencia personal), en nuestro estudio se ha podido observar que las madres multíparas acuden bastante menos a las clases preparto que las primíparas debido a una confianza excesiva en sus conocimientos (gráfico 3). Es importante que el personal sanitario incida en su asistencia a estas clases con el objetivo de recibir una información lo más actualizada posible y evitar así errores en cuanto a la actuación en la LM.

Con respecto a cómo fue el parto, si observamos el número de cesáreas realizadas en nuestro estudio (28,9 %) y lo comparamos con la última encuesta realizada por el INE en el año 2021²¹ (con un 25,48% de cesáreas), vemos que el número es cercano. Se puede, por tanto, destacar el hecho de que las cesáreas han ido disminuyendo desde el año 2015 (26,66%), primero del que se tiene registro²². Aun así, es un porcentaje bastante superior al 10-15% recomendado por las instituciones sanitarias tanto nacionales como internacionales²³. Es importante prestar atención a este tipo de partos, ya que las cesáreas dificultan el inicio y la adherencia de la LM¹. Por tanto, es muy importante pensar en el acto “piel con piel” en estas situaciones, puesto que es una práctica que favorece la instauración de la LM. En estos casos, valdría el padre como forma alternativa, como indica la AEP³, situación bastante bien instaurada en las encuestadas de nuestro estudio.

Al hablar del acto “piel con piel” podemos deducir que en el HCUV esta práctica se tiene muy en cuenta y está interiorizada por parte de los profesionales de la salud, dado que el 86,7 % de las encuestadas realizaron dicha práctica y un 13,3 % pretendía hacerlo, a pesar de que no pudieron por ingreso urgente del RN o de la madre. Asimismo, este acto está muy relacionado con el inicio temprano de la lactancia. Debemos recordar que la AEP recomienda el inicio de la lactancia en el marco de las dos primeras horas³. De nuestra muestra solo 5 de ellas no tuvieron un inicio precoz, todas ellas debido al ingreso del bebé, lo que imposibilitó el acto de amamantar. De las que sí cumplieron ese rango, 42 lo hicieron en el mismo paritorio durante el contacto “piel con piel”.

Al observar el tipo de lactancia escogida por las madres, el estudio nos revela que un 78,7 % ha optado por LM, mientras que un 19,1 % prefirió la artificial y un 2,2% (2 madres) aún no se había decidido. Si comparamos con otros estudios, como el realizado en el Hospital Universitario de Asturias, en el cual se usó una muestra de 151 puérperas

con una media de edad de 33,83 años, cifra muy cercana a la obtenida en nuestro estudio, vemos que se obtuvo un porcentaje de un 84,1 % de LM y un 12,3% de LA, cifras, por tanto, muy parecidas a las de nuestro estudio. Cabe destacar que en el estudio asturiano se observó una cifra cercana a la nuestra en cuanto a madres que no habían decidido aún el tipo de lactancia con un 3,5% ²⁴. También cabe mencionar el hecho de que en nuestro estudio ninguna de las 17 mujeres que escogieron la LA lo hicieron por convicción, sino por problemas de conciliación laboral, impedimentos para subirles la leche sin haber pasado aún ni 48 horas o a que el bebé no se enganchara bien, hechos que generan frustración. Todos ellos son motivos de elección típicos según la Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia²⁵.

Conocimientos sobre LM y mitos

En este momento es importante estudiar hasta qué punto el tener unos conocimientos adecuados y fiables puede repercutir a la hora de, ya no solo instaurar la LM, si no de su duración y seguimiento.

La obtención de información a propósito de la LM es un factor determinante. La mayoría de las madres de nuestro estudio refirieron no haber recibido dicha información, la cual fue obtenida en un 39,4 % en las clases preparto organizadas por sus centros de salud de referencia. Hay que añadir que, de la muestra, tan solo un 41,1% de las madres había asistido a estas clases. No se puede obviar que debido a la situación sociosanitaria derivada de la pandemia por la COVID-19 muchas mujeres no pudieron asistir a dichas clases y varias de las que sí acudieron refieren que se llevaron a cabo en formato online, lo que resultó incómodo y poco práctico según su opinión. Según el estudio de Quezada et al. ²⁶ la asistencia a las clases preparto influye en la tendencia y duración de la LM. En nuestro estudio sí que se observa (gráfico 4) una relación en cuanto a optar por LM, ya que, de las que asistieron, prácticamente todas escogieron LM, en comparación con las que no acudieron, quienes elevaron el número de LA. Ciertamente es que las que eligieron este tipo de lactancia no fue por convicción, como ya se ha comentado. Por otra parte, las clases preparto no muestran una influencia en la duración de la lactancia con unos resultados no significativos.

Así pues, sería interesante fomentar el uso de estas clases y la ampliación de dicha formación en el momento del alta hospitalaria para que las madres lactantes puedan

expresar sus dudas y dificultades y motivarlas a no dejar este tipo de lactancia, como indica el estudio realizado en el Hospital Virgen de Valme en Sevilla, en el que el 82% de las encuestadas remitió necesitar información al alta de la hospitalización²⁷. Por ello, no se trata tanto de convencer a las madres, si no de evitar que por frustración, angustia o falta de experiencia desistan de esta práctica. Hay estudios que dicen que el estado emocional de la madre repercute en la continuidad de la LM, puesto que situaciones psicológicas como las mencionadas anteriormente pueden disminuir fisiológicamente la producción de leche²⁸, lo que a su vez acrecentaría la creencia de la mala calidad de la leche. Por tanto, se debe reconfortar y apoyar a las madres, prestando una especial importancia a la asistencia en el momento del alta hospitalaria, como ya demuestran García Casanova et al. en su estudio²⁹. En especial, habría que incidir en la tercera semana, al mes y a los 3 meses, los llamados “baches de lactancia”, momentos en los que la madre tiene una percepción de falta de leche, una situación normal debida al aumento de la demanda de las tomas³⁰.

Con la información que habían recibido, al preguntar a las mujeres sobre cuánto tiempo tenían en mente dar el pecho, la mayoría respondió con el cliché “mientras pueda y sepa”, aunque es cierto que el 79,4 % de las encuestadas pretendía continuar con la lactancia durante un mínimo de 6 meses, edad mínima que debería lactar un bebé según indica la OMS. Esto se refería a la situación laboral ya mencionada anteriormente y al miedo que expresaban algunas, propio de la inexperiencia. Es importante ya no solo promocionar la LM mostrando los beneficios ya explicados con anterioridad, sino informar también sobre los posibles problemas que pueden afrontar las madres y cómo resolverlos para no desmotivarse, como destacan Santacruz-Salas et al. en su trabajo³¹.

Prácticamente todas las encuestadas reconocen la importancia de dar el pecho (97,8%) y más de la mitad sabe que la lactancia se debe hacer a demanda (68,9%). Sin embargo, un mito que parece bastante arraigado es el de que amamantar deforma los senos, puesto que la mitad de las encuestadas lo afirmaron así. A pesar de que parece una creencia muy arraigada en el pensamiento colectivo, es curioso que en la última Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia no se incluye como causa principal de abandono de lactancia²⁵. Se debería incidir en las clases preparto que la lactancia no es la responsable de este hecho, sino que esto es debido a la propia gestación y al paso del tiempo. En el estudio se observa que estas clases ayudan a desmitificar este hecho, puesto que de las madres que asistieron un buen número indica que esta afirmación es falsa, mientras que

las que no acudieron y están expuestas a información falsa creen en mayor medida que es verdad. (gráfico 7)

Otro mito con bastantes mujeres de acuerdo es el de que hay mujeres que generan leche de peor calidad con un 46,7% de acuerdo. Esto se debe principalmente, como ellas mismas referían, a que el personal sanitario les había comentado que si el niño no ganaba peso sería porque la leche no le estaba nutriendo. Es importante informar a estas madres que si se llega a esta situación no es por su leche, si no por diversos motivos, como que el niño no se esté agarrando bien por una mala postura o por falta de confianza o estrés de la madre, como indica la AEP³². Este hecho recalca la importancia de que el personal sanitario esté lo más actualizado posible a lo que lactancia se refiere a fin de conseguir desmitificar ciertos puntos que pueden echar para atrás este acto. Además, los centros deben estimular el establecimiento de la LM, tal y como tiene recogida la IHAN en su “10 pasos para tener éxito en la lactancia⁴. Cabe destacar que en este aspecto el Hospital Clínico Universitario de Valladolid no está dentro de la red de hospitales con acreditación o en proceso de la misma³³, lo que resultaría muy interesante, ya no solo para las madres por los beneficios que las aportarían, sino también para el propio personal sanitario.

Limitaciones del estudio

La principal limitación que ha presentado este estudio ha sido el número bajo de muestras debido a la baja natalidad presente en los últimos años en España, y en concreto en nuestra área de campo (Castilla y León), como indica la INE en el gráfico 10³⁴.

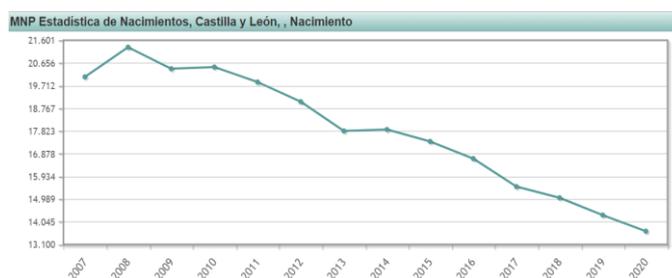


Gráfico 10: Estadística de nacimientos a nivel Castilla y León desde 2007 hasta 2020. Fuente: INE

También el hecho de que sea un estudio transversal resta evidencia científica y no nos permite realizar un seguimiento de las madres para comprobar cómo evolucionan en su camino con la lactancia.

7. CONCLUSIONES

Una vez realizado el estudio podemos concluir que:

- La lactancia escogida mayoritariamente por las madres es la Lactancia Materna, de estas más de la mitad pretenden dar el pecho mínimo 6 meses
- La razón por la que las madres escogen la Lactancia Artificial es la falta de subida de leche y la conciliación laboral.
- El nivel educativo no es determinante en el hecho de escoger una lactancia u otra.
- Los mitos sobre la lactancia más extendidos son, en primer lugar, que “dar el pecho deforma los senos” y , en segundo lugar, que “hay madres con leche de mala calidad”.
- Existe una necesidad real de apoyar a las madres durante la Lactancia Materna, en especial después del parto, ya que, surgirán problemas y dudas (o la creencia, en ocasiones, de mitos) que, de no ser resueltas, derivarán en un abandono precoz de la lactancia.
- Son necesarias políticas sociales que sean capaces de conseguir una conciliación laboral con el amamantamiento.
- El Hospital Clínico Universitario de Valladolid tiene bien instaurado el protocolo “piel con piel” en el paritorio. Sin embargo, sería recomendable su adhesión a los hospitales IHAN.
- Aunque se observa una mejora de la prevalencia de Lactancia Materna en España con respecto a años anteriores, se debe seguir trabajando en la promoción de la misma con una información clara, actualizada y veraz, respetando siempre la decisión de la madre una vez indicadas sus ventajas y beneficios y resueltas las posibles dudas.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo J, Arena J, Hernández MT, Landa L, Díaz NM, Lasarte JJ. et al. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid. Ed. Ergon 2004, p 59-62.
2. Portal de Salud de la JCYL. Características de la leche materna. 2018. [Internet] [citado 19 Enero 2022] Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-maternoinfantil/lactancia-materna/caracteristicas-leche-materna>
3. Martín Morales JM. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría [monografía en Internet]. Asociación Española de Pediatría; 2012.
4. Laviña Castan AB. Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. Rev.Duazary. 2014; 11(2): pp. 115-125
5. Díaz Gómez M, Espínola Docio B, Gómez Fernández-Vegué M, Pacheco Rodríguez A. ¿Qué es el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna? [monografía en Internet]. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2016.
6. Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Cañedo-Argüelles C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco del Val A et al . Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia): Una garantía de calidad. Rev. Pediatr Aten Primaria . 2009 ; 11(43): pp 513-529.
7. Hernández Gamboa E. Genealogía histórica de la lactancia materna. Rev. Enferm Actual Costa Rica. 2008.15: p 1-6
8. Unicef.org. Lactancia materna. [Internet] [citado 10 diciembre 2022]. Disponible en:
<https://www.unicef.org/spanish/nutrition/breastfeeding.html>
9. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil pediatr. 2017 ; 88(1): p 07-14
10. Bering SB. Human Milk Oligosaccharides to Prevent Gut Dysfunction and Necrotizing Enterocolitis in Preterm Neonates. Rev. Nutrients. 2018 ; 10(10)

11. León-Cava N, Lutter CH, Ross J, Martín L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, DC: OPS, 2002
12. Viñas Vidal A. La lactancia materna: técnica, contraindicaciones e interacciones con medicamentos. Rev. Pediatr Integral. 2011; 15(4): pp 319-20
13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España; 2017 : pp 169-170. [Internet] [citado 20 Enero 2022]. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
14. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España; 2006. [Internet] [citado 20 Enero 2022]. Disponible en:
<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2006/p07/10/&file=03110.px>
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA; 2017.
16. Lactancia Materna “El camino natural”. Guía para padres, 16ª edición. Valladolid, España .Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. ;2021. [Internet] [citado 19 Enero 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-materno-infantil/lactancia-materna/caracteristicas-leche-materna.ficheros/1886555-Guia%20interactiva%20de%20lactancia%20para%20madres%20y%20padres%20Ce1%20camino%20natural.pdf>
17. Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública y Consumo. Guía de Lactancia Materna para profesionales de la salud. La Rioja: Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja ;2010
18. Fernández Medina IM, González Fernández CT. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. Rev. Enferm glob. . 2013 ; 12(31): pp 443-451.

19. Falsos mitos. Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría [Internet] [citado 23 Enero 2022] Aeped.es. 2016 . en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/falsos-mitos/>
20. Inatal.org, 10 Mitos sobre la lactancia materna [Internet] [citado 23 Enero 2022]. Barcelona: Inatal.org; 2015. Disponible en: <http://inatal.org/elparto/lactancia/66-lactancia-materna-por-que/395-10-mitos-sobre-lactancia-materna.html>
21. INE Instituto Nacional de Estadística. Madrid: 2021 .Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre. [Internet] [citado 3 Mayo 2022] Disponible en : <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e301/provi/10/&file=01001.px&L=0>
22. INE Instituto Nacional de Estadística. Madrid: 2015 .Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre. [Internet] [citado 3 Mayo 2022]. Disponible en : <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e301/nacim/a2015/10/&file=01011.px&L=0>
23. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015. [Internet] [citado 3 Mayo 2022]. Disponible en : WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=45BB1D0A05CABB2188E7C0DE1737D91D
24. Mazo-Tomé PL del , Suárez-Rodríguez M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. Bol. Med Hosp Infant Mex. 2018 ; 75(1): pp 49-56.
25. Díaz Gómez M. Iniciativa Mundial de Lactancia Materna (IMLM) Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia. Asociación Española de Pediatría .2013
26. Quezada C, Delgado A, Arroyo L, Díaz MA. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. Bol. Med Hosp Infant Mex. 2008; 65(1): pp 19-25

27. Ponce Capitán MÁ. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria; Rev. Matronas Prof. 2005; 6(3): pp 14-19.
28. Cárdenas MH, Montes E, Varon M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Rev. Enf Global. 2010; 20.
29. García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Lactancia materna: puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Rev. Aten Primaria. 2005; 35(6): pp 295–300.
30. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Preguntas frecuentes sobre lactancia materna . Asociación Española de Pediatría; 2015
31. Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Segura-Fragoso A, Cobo-Cuenca AI, Laredo-Aguilera JA , Carmona-Torres JM . Mothers' Expectations and Factors Influencing Exclusive Breastfeeding during the First 6 Months. Int. J Environ Res Public Health. 2019; 17(1): p 77
32. Organización Mundial de la Salud.División de Salud y Desarrollo del Niño. N° 21.Lече insuficiente. 1996 . [Internet] [citado 12 Mayo 2022].Disponible en : https://www.aeped.es/sites/default/files/4-leche_insuficiente.pdf
33. Registro de hospitales | IHAN Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. [Internet] [citado 17 Mayo 2022]. Disponible en : <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/registro-de-hospitales/>
34. INE Instituto Nacional de Estadística. Madrid: 2020. Fenómenos demográficos por comunidades y ciudades autónomas y tipo de fenómeno demográfico. [Internet] [citado 23 Mayo 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=48862>

9. ANEXOS

Anexo 1: Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

Anexo 2: 7 pasos en centros de salud para ser IHAN

Anexo 3: Encuesta de elaboración propia

Anexo 4: Cronograma

Anexo 5: Comité Ético de Investigación Clínica Área de Salud Valladolid Este.

Aprobación del proyecto de investigación

ANEXO 1⁴

DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

1. Disponer de una normativa por escrito de la lactancia natural.
2. Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
3. Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto: colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente tras el parto y con una duración mínima de una hora.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos: enseñar a las madres la técnica de la extracción manual de leche.
6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto, permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Alentar a las madres a amamantar a demanda: enseñar a reconocer las señales de que el bebé está hambriento.
9. No dar biberones, chupetes ni tetinas
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

ANEXO 2⁶

7 PASOS EN CENTRO DE SALUD PARA SER IHAN

1. Tener una normativa estricta sobre la lactancia materna y que la conozca todo el personal sanitario del centro.
2. Capacitar al personal para poder llevar a cabo dicha normativa
3. Informar a la mujer embarazada y a su familia sobre el amamantamiento y cómo ejecutarlo.
4. Ayudar a las madres con el inicio de la lactancia materna y asegurarse que se las atienda las primeras 72 h después del alta.
5. Ofrecer todo el apoyo posible a la madre para tratar de mantener la lactancia materna de forma exclusiva hasta los 6 meses, y continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.
6. Facilitar una buena atmósfera de acogida a las madres y a su familia.
7. Fomentar la colaboración entre los profesionales y la comunidad mediante talleres y grupos de apoyo

ANEXO 3

ENCUESTA DE ELABORACIÓN PROPIA

ENCUESTA

Fecha: _____ Edad: _____ Habitación: _____

1. Nivel educativo:
a) Primaria
b) Secundaria
c) Superior

2. Lugar de procedencia:

3. Parto:
a) Primípara
b) Multípara (indique si dio antes el pecho)

4. Tipo de parto:
a) Natural
b) Cesárea

5. ¿Asistió a clases preparto?
a) Sí (cuánto tiempo)
b) No

6. ¿Puso a su hijo piel con piel al nacer?
a) Sí
b) No

7. ¿Ha recibido información de algún tipo sobre la lactancia materna? De ser así, ¿de mano de quien?
a) Sí
b) No

8. ¿Cómo piensa alimentar a su hijo?
a) Lactancia materna (mirar el apartado 12)
b) Lactancia artificial (mirar el apartado 10)
c) No lo sé aún

9. ¿Por qué motivo ha escogido la lactancia artificial?
a) No me sube la leche
b) Prefiero la lactancia artificial
c) No considero necesaria la lactancia materna
d) Estoy con medicación
e) El bebe no se engancha
f) He leído que es mejor que la lactancia materna
g) Otro motivo (indique cual)

10. ¿Creé que es importante dar el pecho a su hijo?
a) Sí
b) No
c) No lo se

11. ¿Considera que la leche materna y la artificial son iguales?
a) Si
b) No
c) No lo se

12. ¿Cuándo le puso por primera vez al pecho?
a) Paritorio
b) Primera media hora
c) 2-3 Horas
d) Otro momento (indicar)

13. ¿Conoce las ventajas de la lactancia materna?
a) Sí
b) No

14. ¿Hasta qué edad tiene pensado dar lactancia materna?
a) 1 mes
b) 3 meses
c) 4 meses
d) 6 meses
e) Más de 6 meses

15. ¿Conoce la posición y agarre que debe adoptar a la hora de dar el pecho? De ser así, ¿cuál es?:
a) Sí
b) No

ENCUESTA

16. **¿Cuántas veces debe dar el pecho al bebe?**
 - a) Cada 3 horas
 - b) Cada vez que el niño lo pida
 - c) Cada 6 horas
 - d) No lo sé
17. **¿Cuánto tiempo debe estar dando el pecho?**
 - a) Media hora por pecho, no más
 - b) 10 minutos por pecho, no más
 - c) Lo que el bebé quiera
 - d) N lo sé
18. **La leche artificial es exactamente igual que la materna:**
 - a) De a cuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) No lo sé
19. **Amamantar puede ocasionar deformaciones en las mamas:**
 - a) De a cuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) No lo sé
20. **El tamaño de los pechos influye en tener más o menos leche:**
 - a) De a cuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) No lo sé
21. **No todas las mujeres producen leche de buena calidad:**
 - a) De a cuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) No lo sé

ANEXO 4

CRONOGRAMA

	Sep 2021	Oct 2021	Nov 2021	Dic 2021	Ene 2022	Feb 2022	Mar 2022	Abr 2022	May 2022	Jun 2022
Elección del tema										
Búsqueda bibliográfica										
Solicitud del permiso										
Redacción de justificación, marco teórico y objetivos										
Recogida de datos										
Redacción de resultados, discusión y conclusiones										
Maquetación del trabajo										