



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2019-20)

Trabajo Fin de Grado

**Dificultades y motivos de abandono de
lactancia materna**

Revisión bibliográfica

Estudiante: Celia Sanz Villazán

Tutora: D^a M^a de las Mercedes Becerril Heras

Mayo, 2020

En estos momentos tan difíciles y distantes, quiero dedicar este trabajo a mi familia y amigos, en especial a mi hermana Victoria, por su acompañamiento, energía y apoyo desde tan lejos.

A Mercedes, mi tutora, por haber sido mi guía y estímulo durante la realización.

A la Escuela de Enfermería de Palencia y a todo el profesorado, por aportarme lo mejor de ellos en estos años que marcarán mi futuro profesional.

ÍNDICE

GLOSARIO.....	3
RESUMEN.	4
INTRODUCCIÓN.....	6
MATERIAL Y MÉTODOS.	17
RESULTADOS.	21
❖ Causas relacionadas con la madre.....	22
➤ Orgánicas.....	22
➤ No orgánicas.	25
❖ Causas relacionadas con el bebé:.....	29
❖ Causas relacionadas con inexperiencia, inseguridad y asesoramiento...30	
➤ Experiencia personal	30
➤ Apoyo familiares y asesoramiento del personal sanitario.....	31
❖ Transcendencia del personal sanitario y grupos de apoyo.....	32
DISCUSIÓN.	35
CONCLUSIÓN.	37
BIBLIOGRAFÍA.	38
ANEXOS	44

GLOSARIO

A.C.	Antes de Cristo.
AEP	Asociación Española de Pediatría.
CC.AA.	Comunidades Autónomas.
CLM	Comité de Lactancia Materna.
DeCs	Descriptores en Ciencia de la Salud.
LA	Lactancia Artificial.
LM	Lactancia Materna.
LME	Lactancia Materna Exclusiva.
MeSh	Medical Subject Headings.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
SMSL	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para Niños.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

RESUMEN.

La lactancia materna es la mejor opción para sustentar a los bebés, ya que es un alimento idóneo para cubrir las grandes necesidades nutricionales del recién nacido. Además, la lactancia materna proporciona numerosos beneficios tanto al bebé como a la madre. A pesar de las numerosas ventajas que proporciona, las tasas en nuestro entorno son bajas y están lejos de alcanzar las recomendaciones de la OMS.

El objetivo principal es conocer los motivos y dificultades que llevan a las mujeres al abandono de la crianza y mejorar su atención sanitaria.

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las bases de datos Scielo, Anales de Pediatría, Dialnet, Google Scholar, Cuiden, Ministerio de Sanidad Español, Cantarida y Medes desde diciembre de 2019 hasta mayo de 2020. Se recopilaron 21 artículos.

Los motivos y dificultades de abandono de lactancia materna son numerosos, dentro de los más relevantes se encuentran, la hipogalactia, dolor al amamantar, incorporación laboral, hábito tabáquico y la escasa ganancia del bebé entre otros, además de añadir la transcendencia que supone el asesoramiento y ayuda del personal sanitario a las familias. Beneficia conocer las técnicas del agarre correcto, la succión frecuente y la corrección de los factores predisponentes al abandono que se puedan corregir.

Muchas de las causas alegadas, tipo enfermedad materna o del bebé no están plenamente definidas en muchos de los estudios; desconociéndose su gravedad, duración o posibles tratamientos farmacológicos incompatibles.

Conocer y adelantarnos a las posibles dificultades que pueden aparecer en las madres que amamantan, así como sería necesaria una formación específica del personal sanitario en la lactancia natural.

Palabras Clave. Lactancia Materna, motivos de abandono, dificultades, amamantamiento, promoción materna.

ABSTRACT

Breastfeeding is the best option for nourishing babies, as it is the food that best suits the high nutritional needs of the newborn. In addition, breastfeeding provides many benefits to both, the baby and the mother. Despite the many advantages, breastfeeding rates in our environment are low and far from reaching WHO recommendations.

The aim of the present work is to understand the reasons and difficulties that lead women to stop their nursing and to improve their health care.

Narrative literatura review has been made in Scielo, Annals of Pediatrics, Dialnet, Google Scholar, Cuiden, Spanish Ministry of Health, Cantarida and Medes databases from December 2019 to May 2020. Twenty-one articles were collected.

The reasons and issues of quitting breastfeeding are numerous, the most relevant are: hypogalactia, pain while breastfeeding, entering into the labor market, smoking habits, and the scarce earnings of the baby, among others in conjunction with the importance of the advice and help of the health personnel to the families. It is found beneficial to know the techniques of correct grasping, frequent sucking and the correction of the predisposing factors to quit that can be corrected.

Many of the alleged causes, such as the illness of the mother nor the baby, are not fully defined in many of the studies; their severity, duration or possible incompatible drug treatments are not known

To find out, analyze and anticipate, the possible difficulties that can appear in the mothers who breastfeed, as well as the need of educating the health personnel in breastfeeding.

Key words: Breastfeeding, reasons for quitting, difficulties, nursing, maternal promotion.

INTRODUCCIÓN.

En el inicio de la humanidad la lactancia materna era el único alimento disponible que permitía sobrevivir al lactante, se trata de un proceso biológico que ha sufrido cambios a lo largo de la historia debido a factores sociales, religiosos y educativos. ^[1]

Desde la Prehistoria al Cristianismo se han descubierto hallazgos de recipientes con orificios a modo de boquilla en tumbas de niños 2000 A.C. Durante este periodo, surge el papel de la nodriza, que consistía en que mujeres amamasen a los hijos de madres que pertenecían generalmente a la clase social alta que por lo tanto, no querían dar el pecho a su propio hijo debido al desgaste físico y psíquico que suponía. ^[1]

Pese a todos los inconvenientes que presentaba dar el pecho, se exigían ciertas particularidades para poder desempeñar el papel de nodriza. Entre ellas se destacaban que fuesen jóvenes, con gran volumen de leche, de buena familia y además, cariñosas. ^[1-2]

En el código Hammurabi 1800 A.C., se han encontrado normas que regían las nodrizas para amamantar a otros hijos por dinero, el cual recibían los maridos al ser los perjudicados por el desgaste que sufría su esposa. En Egipto se impartían una serie de reglas sobre su higiene, cuidados personales, alimentación, forma de lactar y tipo de vestimentas que debían llevar las nodrizas. Además se especificaban también reglas sobre la actividad sexual, llegando a ser castigadas si no cumplían las mismas. ^[1,3]

Sin embargo, en otras culturas encontrábamos diferentes reglas y concepciones sobre la lactancia. Por ejemplo, en Esparta para ser rey tenía que haber sido amamantado por su propia madre. ^[1]

En esta etapa se visualizan dos grandes impactos a la vez, uno de ellos es que la lactancia materna pasa de ser el único alimento para conseguir la supervivencia del bebé, a ser una remuneración económica para las nodrizas y sus respectivas familias ^[2]

Con la llegada del Cristianismo y hasta el siglo XVII, la lactancia materna sufre diversos cambios, las premisas culturales del cristianismo afectan directamente a la concepción de los métodos de alimentación y lactancia de los bebés, pero al mismo tiempo, el aumento de mortalidad infantil también propicia dichos cambios. ^[2]

Las principales causas de muerte fueron asfixia y transmisión de infecciones por una mala praxis de las nodrizas, esto conllevó que se fomentase el cuidado de los niños y se estableciese por ley que el tiempo de alimentación de los lactantes debía durar tres años y preferiblemente debía ser alimentado por la propia madre, a excepción de casos donde no pudiese realizarse y donde lo llevarían a cabo nodrizas que no estuviesen enfermas, y que no fuesen musulmanas ni judías. ^[1-2]

La aparición de enfermedades como Sífilis y Gonorrea, y su contagio hacia los niños provocó que en la época se pensase que la infección se transmitía a través de la lactancia, ello acarreó que toda mujer que tuviese dichas enfermedades no fuese apta para dar el pecho. ^[1]

En esta etapa además de documentar enfermedades que se transmitían por la lactancia, surge la idea de utilizar medidas higiénicas entre toma y toma, y en los instrumentos utilizados para la alimentación de los niños. Del mismo modo, se descubre el vínculo afectivo madre-hijo que se desarrolla con la técnica nunca descrito anteriormente. ^[2]

Ya en la edad Moderna, a finales del siglo XVI, surge la “crianza a mano” debido a la influencia de los padres para alimentar a sus hijos, empleaban una masa de harina y agua o cereales, esta práctica era llevada a cabo también en los hospicios generando altas tasas de mortalidad infantil. ^[1-2] Entre los siglos XVII y XVIII aparece una elevada demanda de nodrizas en la sociedad debido a problemas médicos y razones socioeconómicas. Éstas por un lado fueron consideradas muy importantes, sobre todo por las familias de clase alta que se negaban a dar el pecho a su hijo, pero también fueron criticadas por asociaciones de médicos que apoyaban la lactancia materna. ^[2]

Posteriormente, a partir de la Segunda Guerra Mundial, médicos inician una búsqueda de soluciones a base de azúcar, harina y leche de vaca, para reemplazar la lactancia materna, y con ello a las nodrizas; así se obtenía la facilidad de alimentar al bebé sin necesidad de pasar todo el día con él, ya que empezaba a generar una dificultad a las madres que se iniciaban en el mercado laboral. Durante este periodo aparecen grandes avances científicos, uno de ellos fue el descubrimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), observándose que su transmisión al bebé se realizaba a través de la lactancia materna, tomando conciencia que las mujeres poseedoras del VIH no debían dar el pecho. Todo ello conllevó a una disminución de la desnutrición y con ello, de la mortalidad infantil. ^[1-2]

A finales del siglo XX, en España, se registran las tasas más bajas de lactancia materna de su historia, debido a la comercialización de fórmulas, chupetes, la incorporación masiva y generalizada de la mujer al mercado laboral y la falsa creencia por parte de los profesionales de que el biberón era más seguro que la lactancia materna; sumado además por la excesiva aparición publicitaria de farmacias y laboratorios y su fácil accesibilidad. ^[2]

En la actualidad, en pleno siglo XXI, la ciencia demuestra lo que antiguamente ya bien se sospechaba, y es que la lactancia materna, es el alimento universal e ideal para todos los recién nacidos. ^[2]

Podemos definir que un recién nacido, es un bebé que tiene menos de 28 días desde su nacimiento ^[3], este periodo resulta muy importante debido a que presenta una etapa de la vida muy corta, pero en la que suceden cambios apresurados que pueden llegar a derivar en consecuencias muy importantes para el resto de la vida del recién nacido ^[4]. Por lo que resulta necesario una alimentación y atención adecuada para aumentar la supervivencia y generar una vida con buena salud.

Así pues, en esta etapa inicial de la vida, una adecuada alimentación es vital y se logra con la lactancia materna que se convierte así en “la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables” según la OMS. ^[5]

Por otro lado, la AEP y la OMS recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, a partir de ahí deberán irse introduciendo alimentos según la edad, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años o más ya que es la forma más natural y saludable de alimentar a los bebés.^[5]

El Comité de Lactancia Materna (CLM), calcula que la tasa de lactancia materna en España es del 71% a las seis semanas de vida, alrededor de un 66,5% a los 3 meses de vida y un 46,9% a los 6 meses de vida, y estima que solo un 20% continua la lactancia materna hasta el año de vida. No existe un sistema oficial de seguimiento de la lactancia materna, por lo que esta estimación de datos se ha proporcionado gracias a las encuestas que realizan los profesionales sanitarios. Sin embargo, es difícil realizar una comparación con otros países, al no seguir los indicadores que aconseja la OMS.^[5,6]

El primer año de vida, es el periodo de crecimiento más rápido del bebé, y por ello se requieren demandas nutricionales más elevadas. La leche materna es el mejor alimento para cubrir estas demandas nutricionales, ya que posee las cantidades adecuadas de carbohidratos, proteínas y grasas. Del mismo modo, contiene anticuerpos que evitan que él bebé enferme y además favorece el vínculo madre-hijo.^[5,7]

Está demostrado que la lactancia materna en el recién nacido reduce el riesgo de padecer alergias, infecciones de oído, enfermedades gastrointestinales, respiratorias como neumonía y bronquiolitis y cutáneas; también disminuye, el riesgo de SMSL durante el primer año de vida, los problemas de peso como la obesidad, la diabetes y la aparición de caries en los dientes. Además estudios recientes afirman que la introducción precoz de la lactancia favorece la colonización intestinal del lactante por miles de bacterias de la madre (microbiota y microbioma) ayudando a generar una flora intestinal saludable duradera que facilita la digestión de alimentos y regula su sistema inmunitario.^[7] Asimismo UNICEF ha querido destacar el valor de la leche materna como una de las posibles y más eficaces vacunas que pueden recibir los bebés nada más nacer considerándose como la primera inmunización que recibe el bebé tras su nacimiento renovándose día a día mientras dure la crianza.^[8]

La madre también obtiene beneficios por el hecho de amamantar a su bebé, principalmente el vínculo afectivo que generara con su bebé es único e inigualable, y ayuda fundamentalmente a una pronta recuperación psicológica, aumentando la autoestima materna y disminuyendo la aparición de depresión postparto, además presentará menor hemorragia postparto y mayor rapidez de la contracción uterina, provocando prevención de anemia. ^[9]

Genera ventajas a medio plazo como la recuperación rápida del físico favoreciendo la pérdida de peso, retrasa la ovulación por lo que demora el inicio de su periodo menstrual y ayuda a espaciar las gestaciones; y a largo plazo disminuirá el riesgo de padecer cáncer de ovarios, cáncer de mama y osteoporosis. Además, presenta la comodidad de no tener que preparar, ni manipular accesorios de fórmulas maternas y al mismo tiempo supone un gran ahorro económico. ^[7,9-10]

En el pasado las enfermedades maternas y sus consecuencias en el bebé causaban indecisión, disuadiendo así el inicio y continuidad de la lactancia materna, pero actualmente son pocas las contraindicaciones que existen. Principalmente encontramos la transmisión de enfermedades a través de la leche materna como es el VIH, Brucelosis, Virus de Leucemia de células T cuya frecuencia es baja, durante los procesos oncológicos debido a los efectos adversos de los antineoplásicos y de tratamientos radiactivos y madres que consumen drogas de abuso como anfetaminas, cocaína y heroína. ^[11-12]

El lactante puede presentar galactosemia, que es una enfermedad metabólica que impide absorber y utilizar la galactosa por lo que no pueden tomar leche materna ni fórmulas. ^[11]

Existen restricciones en cuanto a la fisiología de las mamas, como ocurre en la extirpación de mamas mediante cirugías, en presencia del Virus Herpes Simple si las lesiones activas se encuentran en el pezón y en presentación de Sífilis mediante lesiones cutáneas en el pecho, que en estos dos últimos casos se podrá iniciar o reanudar la lactancia cuando haya terminado el tratamiento y las lesiones hayan desaparecido. ^[11-12]

Cabe destacar, que existe un porcentaje mínimo de madres que presentan la enfermedad de Sheehan, la cual es incompatible con la lactancia materna debido a la alteración endocrina que desarrolla por necrosis de la hipófisis, que conlleva a hipoprolactinemia y como consecuencia, fracaso de lactancia materna.^[12]

Las contraindicaciones de la lactancia materna por el consumo de fármacos cada vez son menores, existen multitud de fármacos que son compatibles con la lactancia materna siempre y cuando se siga un control adecuado, como ocurre en enfermedades psiquiátricas, epilepsia, cardiopatías o trasplantes lo que favorece la lactancia materna.^[12]

Actualmente se han generado falsos mitos sobre la lactancia materna.

I. Falsos mitos relacionados con la prohibición de lactancia materna:^[11]

- Madre diabética.
- Pechos con mastitis.
- Patologías digestivas como colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn.
- Madre con Hepatitis B o C.

II. Falsos mitos relacionados con la alimentación y estética de la madre.^[13]

- La lactancia deforma los pechos.
- Hay que beber mucha agua y leche para producir más leche.
- La madre debe comer por dos.
- No hay que comer determinados alimentos porque alteran el sabor de la leche.

III. Falsos mitos relacionados con la técnica.^[13]

- Dar el pecho duele.
- En cada toma es obligatorio dar los dos pechos.
- Si le das el pecho cuando quiere no lo educas.
- Tu leche está aguada, no es buena para él bebe.

Es muy importante eliminar todas estas falsas creencias y mitos que generan barreras al inicio de la lactancia materna y actitudes negativas, promoviendo un estilo de vida saludable y equilibrado, especialmente si van a dar el pecho. [11,13]

Tras el parto la mujer inicia de forma lenta y gradual una readaptación a la normalidad. Necesita descanso para ir recuperando energía para el proceso que viene a continuación, la lactancia materna. La madre debe continuar con una dieta variada y equilibrada presentando ciertas restricciones como el café, té, cacao, azúcar, que provocaran estimulación al bebé por lo que será necesario un consumo regulado quedando totalmente prohibido el alcohol, tabaco y otras drogas. Fomentar el consumo de frutas, verduras y cereales integrales, además la madre necesitara un gran aporte proteico principalmente de carne magra y legumbres, grasas saludables como aceite de oliva, aguacates y pescado azul sin abusar de ello. Incidir en que si no posee buenos hábitos es momento de aprender, realizando cinco comidas diarias y mantenerse bien hidratada para poder así alimentar a su bebé. [14-15]

Además, poco a poco la mamá irá recuperando su actividad física anterior al embarazo, y si no la tenía es muy buen momento de iniciarla, es necesario que el ejercicio se realice de manera gradual ya que el cuerpo necesita recuperarse de los cambios físicos y hormonales, empezará con ejercicios fáciles incidiendo en la musculatura de la pelvis y abdomen debido a la distensión provocada durante el embarazo y fortaleciendo los músculos de la espalda. Se debe recordar dar el pecho antes de realizar ejercicio para evitar molestias causadas por la congestión mamaria. [14-15]

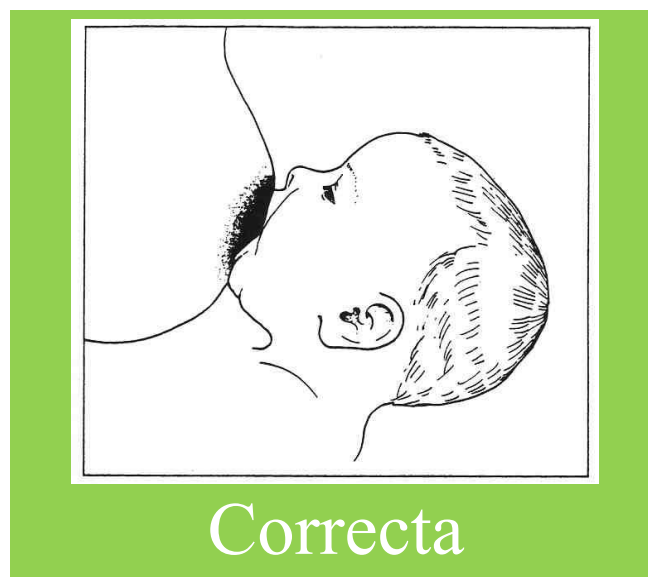
Prácticamente hoy en día pueden amamantar todas las mujeres, siempre que así lo deseen y además dispongan de buena información y apoyo de su familia y del sistema sanitario. Para ello se han establecido una serie de claves para lograr una lactancia materna exitosa recomendadas por la OMS, UNICEF, y distintas asociaciones de lactancia materna. [16-18]

I. Primera clave, denominada método canguro, consiste en el contacto piel con piel entre la madre y el bebé, favorece la lactancia materna de forma

que fomenta la estimulación acelerada de la producción de leche de la madre. Cuanto antes se produzca mayores beneficios se obtendrán, debido a que los bebés poseen instinto de succión precoz, el cual permite amamantar durante la primera hora tras el parto. Asimismo, este método permite establecer vínculos afectivos entre la madre y el bebé que disminuyen el riesgo de depresión postparto, regula la temperatura corporal del bebé, su ritmo cardíaco y respiratorio y proporciona relajación al bebé reduciendo su llanto. Es importante destacar, que el método canguro, en situaciones donde la madre no se encuentra en condiciones de realizarlos, puede realizarlo el padre.^[15]

II. Segunda clave, radica en asegurarse que el bebé agarra el pecho en la postura adecuada y que succiona eficientemente. Para ello, las matronas se encargan de valorar y observar cómo se realizan las primeras tomas del pecho, tanto en el hospital, como en las revisiones postparto en atención primaria, algo esencial para obtener un buen agarre desde el principio. Podemos encontrar diferentes posturas para dar el pecho, pero siempre debemos observar los siguientes signos para cerciorar que el agarre es correcto: ^[15,17]

- El mentón del bebé debe tocar el pecho.
- La boca ha de cubrir gran parte de la areola.
- Los labios deben estar evertidos.
- Las mejillas estarán redondeadas.



- III. Tercera clave**, basada en lactancia materna “a demanda”, este término consiste en ofrecer el pecho abundantemente, tanto como necesite el bebé y el tiempo que quiera, bien sea de día o de noche. La madre deberá amamantar cuando él bebé lo desee sin esperar que sea hora de la siguiente toma.^[16-17]
- IV. Cuarta clave**, fundamentada en proporcionar al bebé que mame del primer pecho por completo, tanto cuanto guste hasta que lo suelte, y después ofrecer el siguiente, muchas veces aceptara el segundo pecho pero otras en cambio no, por lo que se continuará con lactancia materna a demanda, según desee el bebé.^[16]
- V. Quinta clave**, consiste en la relación de succión del pecho con la producción de leche que tiene lugar durante la toma, siendo esta de manera proporcional, a medida que el bebé mama, la madre produce leche, de forma que cuanto más mame más leche se producirá.^[16-17]
- VI. Sexta clave**, fundamentada en evitar la confusión entre la tetina o chupete con el pezón de la madre, para ello hay que eludir la utilización del chupete y las tetinas como mínimo hasta que quede establecida la lactancia materna y se haya instaurado un buen agarre del pecho.^[16] Además trata de evitar los biberones con fórmulas artificiales y suero glucosado debido a que facilitan la saciedad precoz del bebé y reducen el interés por amamantar provocando de forma indirecta una succión menor y por lo tanto, la madre producirá menos cantidad de leche.^[17]
- VII. Séptima clave**, conocer y recordar que el bebé no mama exclusivamente por hambre, también lo realiza por necesidad de succión y alivio, efectuando una succión no nutritiva pero muy ventajosa a nivel psico-emocional, consiguiendo una relajación plena.^[16-17]
- VIII. Octava clave**, implica los cuidados de la madre, puesto que presenta una serie de cambios que pueden ir acompañados de molestias, este periodo es denominado puerperio. Algunas de las molestias fisiológicas que

pueden manifestar son la tristeza inexplicable, el insomnio, la caída del cabello, fatiga, aumento de la sudoración, tienen lugar debido a la descarga hormonal que ocurre tras el parto, por ello es importante incidir en el descanso adecuado de la madre para poder ocuparse del bebé durante la crianza. [16-17]

IX. Novena clave, conseguir apoyo y personal formado en la lactancia y entrenado para educar a la madre desde el momento que plantea tener un hijo hasta el instante en que decide dar el pecho a su bebé [16]. La ayuda puede ser proporcionada bien durante las clases de preparación al parto, debido a que se va a reunir con más mujeres en su misma situación, a través de grupos de apoyo de lactancia materna, en el centro de salud, y a través de grupos de apoyo en asociaciones de lactancia materna. [17] Es necesario destacar que existe presión social y familiar sobre falsos consejos de lactancia materna que unidos al proceso emocional materno pueden conllevar a problemas en la instauración y mantenimiento de la lactancia materna. La aparición de blogs, asociaciones y grupos de lactancia materna en Internet generan incertidumbre. Es aconsejable que la madre busque información sobre la lactancia materna, pero es necesario que sea información fiable, debido a que hay diversas páginas que generan falsa información sobre la lactancia materna provocando que las madres no quieran dar el pecho o generando motivos que conllevan al abandono de la lactancia materna. [17-18]

Justificación

La lactancia materna es la manera ideal de alimentar al bebé durante los primeros años de vida, promovido por todos los beneficios que proporciona, tanto al bebé como a la madre. [5-7]

Actualmente, las tasas de prevalencia de abandono del pecho son cada vez mayores, debido a la gran cantidad de mujeres con problemas a la hora de amamantar a sus bebés. La existencia de falsos mitos y creencias generadas por la población sobre el amamantamiento genera dificultades e indecisiones en las madres en nuestro entorno. [5, 6, 10-12]

Por todo esto, es necesario reconocer los motivos y dificultades que surgen durante la lactancia materna para poder responder a las necesidades existentes creando estrategias adecuadas para la promoción, protección y apoyo de las familias, identificando sus inseguridades y desmintiendo las creencias sociales ocasionadas. Incluyendo la formación renovada y continuada del personal sanitario, especialmente de las matronas y enfermeras de atención primaria siendo éstas el personal más cercano a los progenitores. [10-14]

Conocer estos factores podría contribuir en la mejora de la gestión de los recursos sanitarios, disminuyendo el número de hospitalizaciones infantiles, la Salud Pública e Infantil y colaborando en la inmunización que genera el traspaso de inmunoglobulinas diarias de la madre al hijo. [7-8]

Objetivos

General

- Conocer las dificultades para la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna en nuestro entorno.

Específicos

- Describir las técnicas demostradas para facilitar la instauración y el mantenimiento de lactancia materna.
- Mejorar la atención sanitaria a las madres lactantes.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Para desarrollar los objetivos anteriormente citados, se ha realizado una revisión bibliográfica narrativa con el propósito de comparar y sintetizar los aspectos más trascendentes de la bibliografía actual sobre los motivos y dificultades de abandono de la lactancia materna.

El desarrollo del estudio se realizó entre Diciembre de 2019 y Mayo de 2020.

Toda la información obtenida se ha recopilado de bases de datos especializadas en ciencias de la salud, Scielo, Anales de Pediatría, Dialnet, Google Scholar, Cuiden, Ministerio de Sanidad Español, Cantarida y Medes.

Del mismo modo para realizar una búsqueda científica, se ha cambiado el lenguaje natural a lenguaje controlado utilizando los descriptores DeCs y MeSh, quedando recogidos en la siguiente tabla:

Palabras del lenguaje natural	MeSh	DeCs
Lactancia materna	Breastfeeding	Lactancia Materna
Dificultades	Difficulties	Dificultades
Abandono	Abandonment	Abandono
Destete	Weaning	Destete
España	Spain	España
Amamantar	Breastfeed	Amamantar
Madre	Maternal nutritional	Madre
Instauración	Establishment	Instauración

Tabla 1 Descriptores MeSh y DeCs. *Tabla de elaboración Propia.*

Con la finalidad de limitar y alcanzar mayor detalle en los resultados se elaboraron los criterios de selección de artículos.

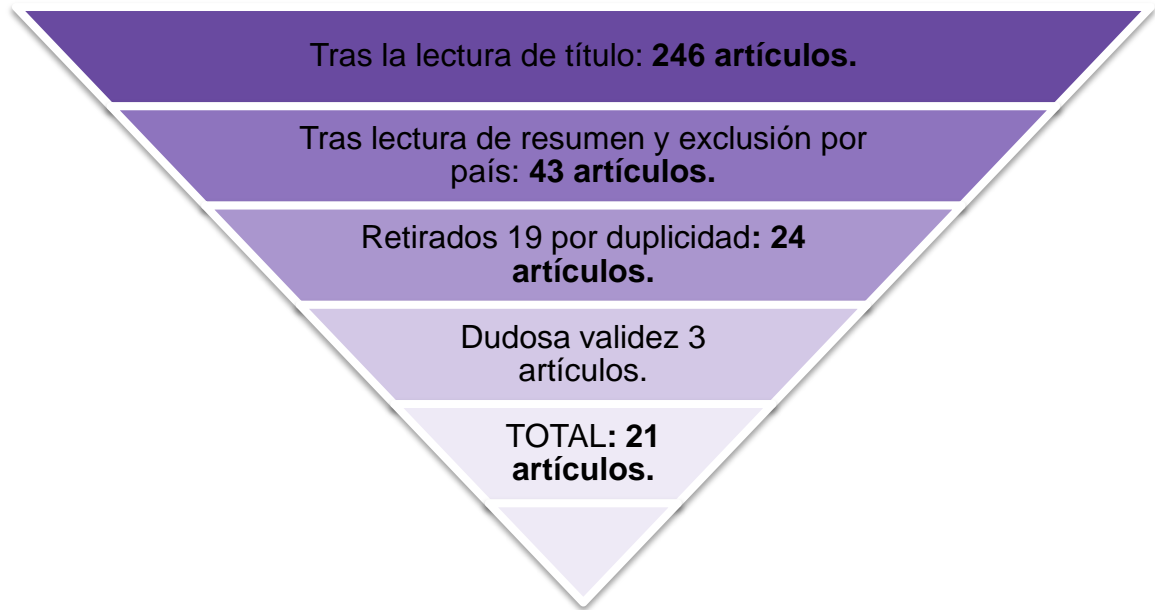
- Criterios de inclusión:
 - Idioma: ninguna restricción.
 - Temporalidad: artículos publicados en los últimos 10 años.
 - Estudios realizados en población española.
 - Texto completo disponible (bien por ser gratuito o tener posibilidad de acceso).
- Criterios de exclusión:
 - No humanos.
 - Estudios realizados en madres lactantes con medicación.
 - Lactantes con alteraciones anatómicas que impiden la lactancia

La estrategia de búsqueda se encuentra basada en la conexión de descriptores referidos anteriormente en la Tabla 1 y combinarlos con los operadores booleanos “AND” y “OR” quedando como resultado:

BASE DE DATOS	DECS y MESH	ART. INICIO	ART. CON FILTROS	ART.POR TITULO	ART. FINAL
SCIELO	Breastfeeding AND Difficulties AND Spain AND Weaning	21	13	2	0
	Breastfeeding AND Difficulties OR Abandonment AND Weaning	15	6	3	2
					TOTAL 2
ANALES PEDIATRÍA	Lactancia materna Y Dificultades Y Abandono Y España Y Destete	22	16	5	2
					TOTAL 2
DIALNET	Lactancia materna Y Dificultades Y Madre	19	12	7	5
	Lactancia maternal Y Dificultades Y Abandono Y Destete	11	6	2	0
					TOTAL 5

GOOGLE SCHOLAR	Lactancia materna Y Dificultades Y Destete Y España	1240	482	94	1
	Lactancia materna Y Dificultades Y Abandono Y Destete Y Amamantar Y España	445	287	53	2
					TOTAL 3
CUIDEN	Lactancia materna AND Dificultades OR Abandono AND Destete	2304	117	42	1
	Lactancia materna AND Dificultades OR Abandono AND Destete AND España	936	168	17	0
					TOTAL 1
MINISTERIO DE SANIDAD ESPAÑOL	Lactancia materna Y Dificultades Y abandono Y Destete	743	194	6	1
CANTARIDA	Breastfeeding AND Difficulties	7	4	2	1
	Breastfeeding AND Abandonment	7	5	2	1
	Breastfeeding AND Establishment	7	3	1	1
					TOTAL 3
MEDES	Lactancia materna AND Dificultades AND Destete	5	2	1	0
	Lactancia materna AND Abandono	43	32	4	2
	Lactancia materna AND Instauración	20	12	5	2
					TOTAL 4

Tabla 2 Estrategia de búsqueda. Elaboración propia.



Flujograma 1 Resumen búsqueda bibliográfica. *Elaboración propia.*

RESULTADOS.

Al analizar los resultados y los 21 artículos encontrados, se observa que los años en los que más artículos se publicaron fueron 2014, 2015 y 2017, con 4 artículos respectivamente cada uno.

En cuanto al lugar de publicación, las Comunidades Autónomas con más publicaciones sobre dificultades y motivos de abandono de la lactancia materna en estos últimos 10 años fueron Andalucía, Castilla y León y País Vasco, con 3 artículos cada una.

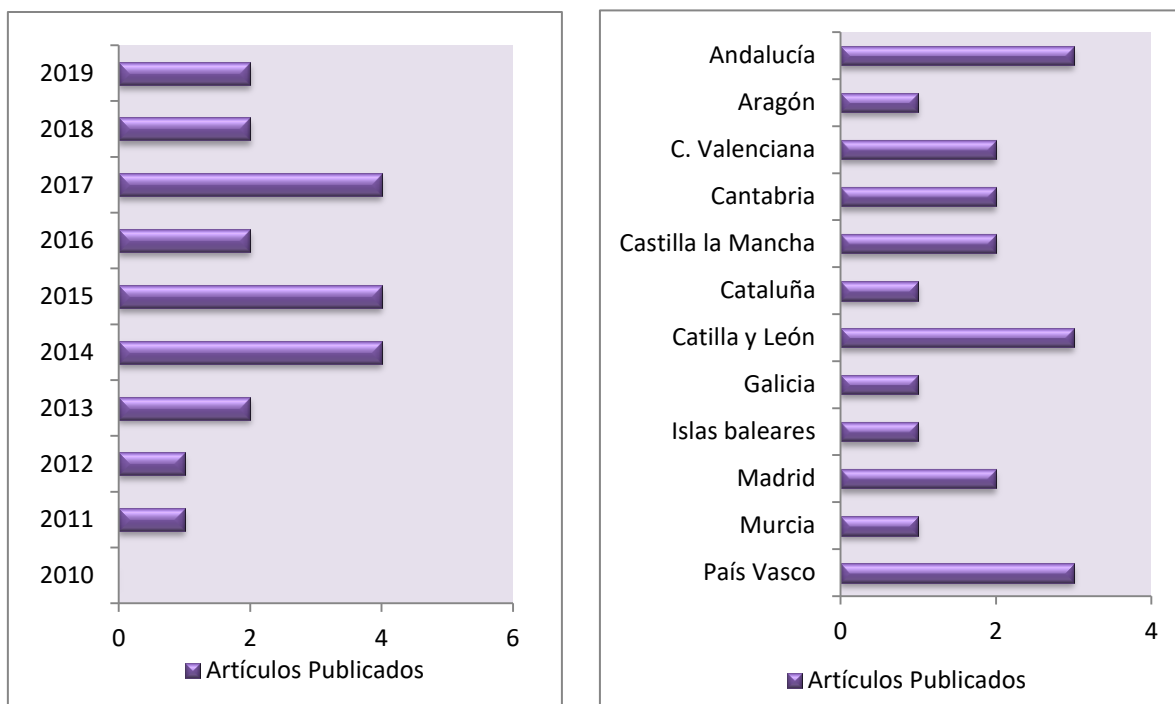


Ilustración 1 Número de artículos por año de publicación y Comunidad Autónoma. *Elaboración propia.*

La gran variabilidad de las zonas de estudios, CC.AA, provincias o ciudades, ha hecho que intentemos generalizar los datos por extensión geográfica.

Los artículos utilizados para realizar la revisión bibliográfica en su representación provienen de revistas de enfermería, matronas, pediatría y nutrición (80,95%). En menor número se han consultado guías clínicas sobre la lactancia materna (19,05%).

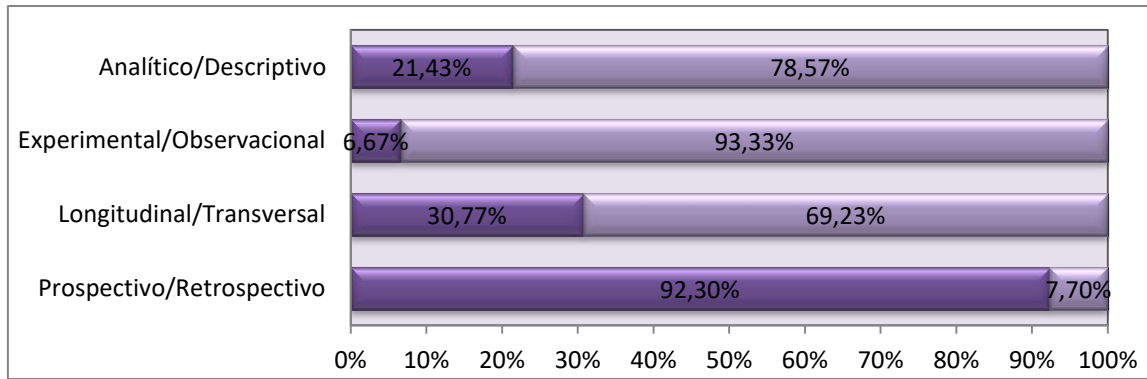


Ilustración 2 Porcentaje de artículos publicados según el tipo de diseño. Elaboración propia.

Debido a la envergadura de los resultados, se hace necesario agruparlos en cuatro grandes grupos, para visualizar las variables más estudiadas. (Ver Anexo I).

1. CAUSAS RELACIONADAS CON LA MADRE.
 - a. Orgánicas.
 - b. No orgánicas.
2. CAUSAS RELACIONADAS CON EL BEBÉ.
3. CAUSAS RELACIONADAS CON LA INEXPERIENCIA, INSEGURIDAD Y ASESORAMIENTO.
 - a. Experiencia personal (partos previos)
 - b. Apoyo familiares y asesoramiento del personal sanitario
4. TRASCENDENCIA DEL PERSONAL SANITARIO.

1. CAUSAS RELACIONADAS CON LA MADRE:

a) Orgánicas: aquellas causas que se relacionan con problemas físicos de la madre.

Hipogalactia, disminución de leche real o percibida.

Es considerada por varios autores, ^[19-26] como la principal causa de abandono de LM entre el tercer y sexto mes del bebé. Sin embargo es importante mencionar, uno de ellos, Campos García A. et al. ^[23] que, a pesar de mostrar la escasa producción de leche como razón principal de abandono,

resalta que no es una hipogalactia real, ya que se ve sugestionada por el estado anímico materno.

Según Oribea M. ^[27] et al. en 2014 apuntaba en su estudio descriptivo que únicamente el 15,4% de las mujeres consiguieron LME a los 6 meses y que una de las causas trascendentales de interrumpir la crianza fue la hipogalactia con un 19,4%, además Oliva Pérez J. ^[28] también la señala como una de las causas más importantes de cesión, argumentando varias frases recogidas por las madres encuestadas: *“tengo poca leche”, “mi leche no es buena”, “mi bebé se ha quedado sin leche”*.

Conforme con Díaz-Gómez N. et al. en su estudio realizado en 2015 el destete más temprano, alrededor de los tres meses y medio, fue originado por la insuficiente producción de leche, aunque la suspensión de LME a partir de los cuatro meses es referido a otras causas diversas. ^[29]

Cabe destacar el artículo de Navarro-Gil C., debido a la referencia hacia la hipogalactia que solo está presente al mes con un 5,9% de madres, este mínimo porcentaje es ocasionado por las cifras obtenidas sobre la LME en su estudio que se acercan a los objetivos recomendados por la OMS sobre LME de uno a seis meses. ^[30]

Dolor en amamantamiento y problemas de agarre del pezón.

La dificultad de agarre del pezón y los problemas en las mamas como la manifestación de dolor, mastitis y grietas, queda recogido como una de las principales causas de abandono de LM, haciendo hincapié en dicha suspensión antes de los 2 meses. ^[19,22,23,27,]

De igual manera, señalan como una de las causas más distinguidas para el cese del amamantamiento el dolor en el pecho, especialmente en el pezón, distorsionando el deseo de dar el pecho, por la dificultad generada. ^[20,24,29-32]

Oliva Pérez J. encuentra en su estudio descriptivo que el 64,4% de las madres tienen problemas en los pezones, bien porque se encuentran doloridos o bien porque presenta grietas o infección. Además un 66,1%

muestran problemas en el pecho, por encontrarse dolorido debido a ingurgitaciones, obstrucciones y aparición de mastitis. Expone que un mínimo porcentaje manifiesta problemas en el agarre argumentando “él bebe no quiere mamar”. Demostrando, que todas estas dificultades que originan el abandono de LM sobre todo en los dos primeros meses con un 21,3%. [28]

De otro modo, Navarro-Gil C. en su estudio descriptivo, explica la relación del cese de LM con la aparición de grietas especialmente durante el primer mes con un 47,1% de mujeres frente al segundo con un 14,3%, cerciorando que no es uno de los motivos primordiales por el cual deciden abandonar la lactancia. [30]

Cabe mencionar el estudio cualitativo de Fernández López E. et al. que tras explorar las vivencias de progenitores a punto de interrumpir la crianza antes de los 2 meses, pudieron identificar como uno de los motivos más importantes era el dolor en el pecho tras la aparición de grietas y la mastitis. [33]

Primer testimonio: *“Tuve una mastitis que no se resolvió ni con masajes, ni con sacaleches. Me mandaron antibióticos y seguía fatal. Así estuve una semana, del hospital a mi casa, y de mi casa a las urgencias del Centro de Salud”*

Segundo testimonio: *“Tenía poco pezón, era mi primer hijo y comencé a las 72 horas postparto con dolor y enrojecimiento en los pezones”*

Enfermedad Materna

La enfermedad materna se muestra como motivo de abandono. [19,20,22-23]

Para Miranda M. et al. en su revisión sistemática, la enfermedad materna es un factor desfavorecedor de LM. [26]

Los autores Sacristán Martín A. et al. describen que la presencia de enfermedad materna influyó al 5,7% de familias a tomar la decisión interrumpir la LME o comenzar con LA. [25]

Es necesario destacar que Oribea M. et al. no dejan claro si la madre poseedora de una enfermedad es un motivo de frenar la LM, porque en su estudio descriptivo lo citan en el apartado “otros” con un 15% incluyendo factores como por ejemplo la madre ya no quiere dar más el pecho, el bebé no quiere tomar más, dificultando el resultado de mujeres que abandonan la lactancia por presentar enfermedades. [27]

Díaz-Gómez N. et al. hacen referencia además a la separación de la madre y del hijo por razones médicas en un 14,8% efectuando así una dificultad para poder amamantar al bebé. [29]

Problemas Estéticos

Ruiz Poyato P. et al. [19] argumentan que los problemas estéticos si son una causa muy directa para la suspensión de la lactancia, mientras que Díaz-Gómez N. et al. [29] definen, en concreto, la pérdida de la turgencia mamaria como un factor desfavorecedor para el amamantamiento.

Además otro artículo, según Sacristán Martín A. et al. mencionan los motivos estéticos sin especificar cuales, como predisponente en un 0,3% de las madres para detener LME o empezar con LA. [25]

b) No orgánicas: Aquellas causas que derivan del ambiente social y demográfico de la madre.

Condiciones sociodemográficas.

➤ La *edad materna*, aparece en la mayoría de los artículos como factor estudiado, aunque no encuentran una relación estadísticamente significativa con el inicio o abandono de lactancia materna. [20-21,25,27-29]

Por el contrario, ser madre mayor de 30 años es un factor protector de LM, además de para mantener LME durante más tiempo; la edad comprendida entre 36 y 40 años la relacionan con el mayor cumplimiento de las expectativas referentes al amamantamiento. [22,30-31]

Sin embargo, Miranda M. et al. posicionan el factor madre adolescente como desfavorecedor de la LM basado en los resultados de diferentes estudios [26]

Por otro lado, Gil Urquiza M. afirma que la edad materna no tiene una relación significativa con el inicio de LM, aunque muestra que existe mayor riesgo de paralizar la LM a partir del sexto mes en el rango de edad de madres menor o igual a 25 años, y que las madres mayor o igual a 35 años continúan más tiempo proporcionando el pecho. [32]

- Acerca del *estado civil* de la madre, en general pocos artículos hablan de este factor, concretamente dos de ellos no encuentran relación estadísticamente significativa entre el abandono del pecho y estar casada, soltera, separada o viuda. [28,30].

No obstante, Pablo Ruiz Poyato y Juan Miguel Martínez Galiano, asocian la interrupción de la lactancia con el estado civil soltera, debido a que a las madres solteras se las atribuye inestabilidad emocional y falta de apoyo. [19]

Además, Gil Urquiza M. muestra una asociación lineal entre los progenitores que llevan juntos más de 5 años con mayor prevalencia a la iniciación y mantenimiento de la crianza, que aquellas madres que están solteras, o llevan con su pareja menos tiempo. [32]

- Respecto al factor *economía familiar*, diversos artículos aseguran que comenzar o suspender la lactancia materna debido al estatus económico es una relación independiente. [28-29,32]

No obstante, Ramiro González M. et al. a través de su estudio transversal, evidencian que unos ingresos familiares altos aseguran mayor probabilidad de LME con un 14,9%. [22]

Oribea M. et al. muestran que poseer ingresos familiares deficientes presentan mayor riesgo de abandonar el pecho. [27]

- Con relación al *nivel académico* de la madre, mientras que unos estudios [19-21,28] aseguran que no existe ningún vínculo con el comienzo o cesión de lactancia materna, otros [23,32,35] afirman que poseer estudios superiores o

universitarios aumentan las tasas de inicio y duración del amamantamiento, así como tener estudios inferiores o no tenerlos son factor de riesgo para un cese precoz de LM.

- En cuanto al hábito tabáquico, todos los autores que hacen referencia a este agente, coinciden en que existe claramente concordancia entre las madres fumadoras y tomar la decisión de no iniciar la lactancia materna y/o interrumpir la misma de forma precoz. Asimismo concluyen que a mayor número de cigarrillos al día mayor cese ocurre. Sugieren también que las madres fumadoras tienen aumentada la secreción de dopamina hipotalámica, condicionando una reducción de prolactina. Y que esa nicotina puede interferir en el reflejo de eyección láctea. [19-21,25,28,32,35]

Igualmente Palou Oliver M. et al. afirman la asociación estadísticamente significativa entre no fumar y poseer mayor mantenimiento de LM. [24]

- Referente al *tipo de parto*, varios autores refieren que haber tenido un parto eutócico proporciona mayor probabilidad de continuar con el pecho que las madres que presentaron cesárea puesto que interrumpen de manera precoz la lactancia materna o incumplen sus expectativas. [21,26,28,31]

Incorporación de la mujer al mundo laboral.

El retorno laboral se considera, según los autores de dos artículos, [27,34] como la principal causa de abandono de LM. Destacando que Oliver Roig A. añade que esta suspensión ocurriría en un periodo posterior a los tres meses. [34]

Otros autores [22-23] refieren el regreso al trabajo como una razón relevante para tomar directamente la decisión de no iniciar LM.

Díaz-Gómez N. et al. declaran que el regreso laboral como factor es una razón sustancial introducir la LA ya que solo el 13,7% deciden extraer la leche para continuar con LME. [29]

Se sitúa para algunos autores [19-21,25] entre la 3ª y 4ª causa más importante para no iniciar la lactancia materna en sus recién nacidos.

Sin embargo, Miranda M. et al. no hacen relación la interrupción de LM con motivo del regreso laboral, pero sí demuestran que se encuentra dentro de los factores desfavorecedores a la hora de tomar una decisión. [26]

Palou Oliver M. et al. en su estudio indican si las madres en cuestión trabajan o no, no obstante, no existe una asociación estadísticamente significativa con la cesión de LM. [24]

Utilización de accesorios y regalos de industrias.

Es necesario especificar la referencia de utilización de accesorios y regalos de industrias abarca tetinas, pezoneras y chupetes.

Los autores Cabedo R. et al. en su estudio LACTEM, colocan el empleo de chupetes, tetinas y pezoneras como la principal dificultad con la que se encuentran las madres para continuar con LM, debido a que los bebés no quieren agarrarse al pecho de la madre tras el uso de estos accesorios. [20]

La utilización de chupete y pezoneras se considera como motivo de abandono precoz de LME, remarcando que el porcentaje de la utilización del chupete es mayor que el de las pezoneras con un 24,4% y 9.4% respectivamente. Además, la utilización de chupete interfiere en la instauración de la lactancia, así como el uso de pezoneras influye en la producción de leche materna. [28,35]

Asimismo, otro estudio indica que la utilización del chupete y tetinas contribuyen a la disminución de LM siendo un factor desfavorecedor. [26]

Amamantamiento en Público.

Solo Díaz-Gómez N. et al. mencionan el hecho de dar el pecho en público, y demuestran que es una dificultad a la hora de amamantar al bebé con un 38,9% pero no es un motivo de abandono de LM. [29]

2. CAUSAS RELACIONADAS CON EL BEBÉ:

Sensación de hambre.

Mientras que algunos estudios ^[20,30] evidencian la sensación de hambre como una de las principales causas de abandono de la lactancia materna exclusiva, y destacan esta causa como motivo global de abandono en un 35% otros ^[26,28,30] encuentran esa creencia como una causa menor, aportando porcentajes inferiores al 10%.

Escasa ganancia de peso.

Se manifiesta la carente ganancia ponderal entre la segunda y tercera causa de abandono de lactancia materna. ^[19, 25, 28-29]

No obstante, Oribea M. et al. muestran que el abandono de LM con motivo de que su bebé apenas ganaba peso es del 10,6%, siendo necesario resaltar que la mayoría de progenitores interrumpieron la crianza siguiendo consejos del personal sanitario. ^[27]

De igual modo, Ramiro González M. et al. declaran que la cesión de dar el pecho por no elevar el peso del recién nacido con LM es muy pequeño. ^[22]

Además, en el artículo recientemente publicado en 2019 Cabedo R. et al. incluyen este motivo en el apartado “otras causas”, incluyendo poco soporte del profesional y familiar, por lo que hace incalculable el porcentaje de familias que deciden abandonar la LM. ^[20]

Es importante destacar que Navarro-Gil C. no introduce este motivo como interrupción de LM, si no que el 33,3% introducen LA para favorecer el crecimiento y desarrollo de su hijo convirtiéndola en lactancia mixta, ya que combina la LM proporcionada por su madre con LA derivada de los preparados de fórmulas. ^[30]

Enfermedad Neonatal

Es la última causa en varios estudios. ^[19-20,22-23] Aunque es necesario destacar que los porcentajes se elevan en el puerperio tardío y la explicación que ofrecen Cabedo R. et al. es que el debilitamiento que presentan los bebés causados por enfermedades leves, hacen que las madres tomen la decisión de interrumpir la lactancia creyendo erróneamente que están mejor nutridos con fórmulas artificiales. ^[20]

Asimismo, los autores Sacristán Martín A. et al. especifican que el 5,1% de las familias determinan el cese de LME o el inicio de LA debido a la presencia de enfermedades en el bebé. ^[25]

Por otro lado, Díaz-Gómez N. et al. al igual que en las enfermedades maternas, hacen especial mención a la dificultad de poder dar el pecho cuando tiene lugar la separación de madre e hijo por razones médicas. ^[29]

Miranda M. et al. sí posicionan la enfermedad neonatal como factor desfavorecedor de LM. ^[26]

3. CAUSAS RELACIONADAS CON LA INEXPERIENCIA, INSEGURIDAD Y ASESORAMIENTO.

a) Experiencia personal (partos previos)

Presentar una experiencia previa exitosa y positiva amamantando, favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. ^[19,25,28,30,31-32] Asimismo, otros dos artículos afirman que no haber dado el pecho a un hijo previo o haber tenido una mala experiencia anterior, conducen a una mayor probabilidad de abandono. ^[32,34]

Respecto a la inseguridad que se puede generar, Oliva Pérez J. observa que las madres que están seguras de sí mismas y de sus técnicas continúan dando el pecho mucho más tiempo, que aquellas que presentan miedos e inseguridades. ^[28]

Igualmente Fernández López E. et al. en su estudio cualitativo, exploran las vivencias de madres que estuvieron a punto de suspender la lactancia materna, mostrando las inseguridades que presentaban frente a las dificultades. [33]

Primer testimonio: *“Una enfermera me vio llorando e indecisa y me explicó que había una sala en el Hospital con sacaleches eléctrico que intentara estimularme el pecho”*

Segundo testimonio: *“Al principio todo fue de maravilla, tuve la subida y mi bebé comenzó a coger peso, pero al mes de vida lloraba con frecuencia y casi no aguantaba entre toma y toma”*

b) Apoyo familiares y asesoramiento del personal sanitario

En cuanto al asesoramiento, se distingue en dos grupos.

1. Por un lado las recomendaciones recibidas para abandonar o no iniciar la lactancia materna. Destacar que la mayoría de porcentajes en todos los artículos la decisión está tomada por la madre, seguido por las recomendaciones del personal sanitario y en último lugar por familia y amigos. [19,21-22,25,27].

Es necesario resaltar que Ramiro González M. et al. hacen mayor hincapié en los motivos referidos al abandono del amamantamiento por decisión materna, argumentando “sentí que era el momento” “dar el pecho no me agradaba” “me incomoda y el biberón es más fácil”. [22]

2. Por otro lado, el apoyo y los consejos recibidos para iniciar y mantener la lactancia materna, la mayor parte recibida de los profesionales sanitarios, seguido por la familia. [21, 29].

Asimismo, Gil Urquiza M. repunta que las madres que consideran la opción como indiferente tienen más probabilidad de no iniciar o terminar la lactancia antes, y que las familias que obtienen mucha información fiable, junto con tomar la decisión de lactar antes del parto, presentan mayor probabilidad de continuar la lactancia materna con éxito. [32]

4. TRANSCENDENCIA DEL PERSONAL SANITARIO Y GRUPOS DE APOYO.

Evidenciado por varios autores, el papel de los distintos profesionales sanitarios ocupa gran peso dentro de la lactancia materna. El sostén mayoritario es llevado a cabo por la matrona, seguido del pediatra, y por último, el personal de atención primaria siendo en su mayoría enfermeras. [21,27,29,32,37-39]

Para fortalecer dicho eslabón sanitario, las autoras Campos García A. y García Blanco L. argumentan que las visitas a la matrona refuerzan la idea de lactancia materna, y que el personal de enfermería tiene como objetivo seguir fortificando la idea instaurada por la matrona, capacitando a las madres para poder resolver los problemas que puedan aparecer. [23]

En cuanto al término educación maternal o clases preparto según la terminología de diversos autores, es fundamental que se lleve a cabo, debido a su asociación con mejores tasas de inicio y mantenimiento de lactancia. Aseguran, que llegado ese punto, educar e informar acerca de la lactancia materna es vital, puesto que se mezclan aspectos emocionales y afectivos y la capacidad comunicativa del personal formado, especialmente la matrona, es una de las claves para favorecer el amamantamiento. [19,23,25-26,32,35,37-39]

Además en algunos artículos hacen referencia a la unidad de cuidados maternos o taller de lactancia tras el parto, resulta efectivo para aumentar la duración y exclusividad de lactancia materna. [22,24-25,38]

También se menciona la guía de lactancia materna, que es proporcionada por la matrona durante la gestación. Esta especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica realiza una educación sanitaria individualizada, pudiendo acudir la familia para exponer y consultar sus dudas tras la lectura de la misma siendo un factor protector para amamantar. [19,25]

Es importante mencionar las aportaciones maternas en el estudio cualitativo de Fernández López E. et al. haciendo mención especial a la ayuda facilitada por los profesionales. [33]

Primer testimonio. *“Tuve una mastitis que no se resolvió ni con masajes, ni con sacaleches. Me mandaron antibióticos y seguía fatal. Así estuve una semana, del hospital a mi casa, y de mi casa a las urgencias del Centro de Salud. La solución era abandonar la lactancia materna”. “En la última visita a las urgencias de mi Centro de Salud me encontré con una enfermera que me sugirió que podría ser que tuviese un absceso y que me lo tendrían que intervenir, pero la única forma para descartarlo era con una ecografía. Y así fue. Me intervinieron y los ginecólogos me recomendaron que abandonase la lactancia.” “La enfermera del Centro de Salud que me hizo las curas del absceso me dijo que los beneficios eran mayores que los riesgos y a día de hoy continúo con la lactancia materna”*

Segundo testimonio. *“Mi intención era dar el pecho y seguí todas las recomendaciones de las enfermeras. Mi hija con 24 horas de vida no paraba de llorar. Le dieron un biberón y se lo tomó entero y aunque yo me la seguía poniendo al pecho, le tuvieron que dar varios biberones. Lo daba todo por perdido, me iba a casa en 8 horas. Después fue cuando una enfermera me vio llorando y me explicó que había una sala en el Hospital con sacaleches eléctricos...que intentara estimularme el pecho. Gracias a aquella enfermera me fui a casa con un pequeño biberón de 20 mililitros de calostro”*

Tercer testimonio. *“Tenía poco pezón, era mi primer hijo y comencé a las 72 horas postparto con dolor y enrojecimiento en los pezones. Coincidió que ese mismo día tenía que acudir a la consulta de la matrona para realizarle a mi hijo la prueba del talón. Me dijo que para hacérsela era mejor que le diese el pecho porque le iba a doler menos el pinchazo. Se dio cuenta que mis pezones estaban muy rojos y en breve comenzaría con grietas. Mi matrona corrigió la técnica que hasta ese momento pensaba que estaba bien. Me recomendó una crema y el uso de pezoneras de silicona para las grietas”.*

Cuarto testimonio. *“Al principio todo fue de maravilla, tuve la subida y mi bebé comenzó a coger peso, pero al mes de vida lloraba con mucha frecuencia y casi no aguantaba entre toma y toma. Mi matrona analizó todas las posibles*

causas, siendo la causa el chocolate, que me dio por comer casi de manera impulsiva”

Quinto testimonio. *“Durante la primera semana de vida de mi hija, soporté a duras penas eso de levantarme y darle el pecho por la noche. No quería que durmiese en la cama por miedo. Mi situación era desesperada, no dormía casi nada y para colmo me quedaba dormida con la niña en brazos. Desesperada pedí cita para mi médico para que me recetase la pastilla para abandonar la lactancia. Me derivó a la enfermera para que hablase conmigo. Ésta me propuso que me extrajera la leche con un sacaleches antes de irme a dormir, así el biberón se lo podía dar mi marido y yo descansar.”*

Asimismo, Pereda Goikoetxea B. et al. muestran que las intervenciones en el momento del parto como el contacto piel con piel implican mayor proporción de LME, también afirman que la formación de profesionales en este ámbito asegura confianza y estabilidad con las familias. ^[38]

Por otro lado, tan solo un estudio, cita la asistencia de madres a los Talleres de lactancia como factor significativamente bueno para el amamantamiento. ^[25] Ya que otros artículos mencionan dicho factor pero no encuentran una correlación positiva con el amamantamiento. ^[37- 38]

De igual forma, Martínez Galán P. et al. establecen la falta de información y apoyo prenatal y postnatal, las practicas inadecuadas en las maternidades de atención primaria y la escasa formación de los profesionales como factores desfavorecedores en la instauración y mantenimiento de la lactancia. ^[39]

DISCUSIÓN.

Los motivos y dificultades producidos en el amamantamiento son diversos. La hipogalactia es referida como una de las principales causas generadoras de dificultades para la lactancia ^[19,28,32-33], si bien algún autor va más allá y considera que es una justificación materna sugestionada por el estado anímico de esas madres. ^[23]

Los porcentajes de familias que no instauran o bien interrumpen la lactancia materna por presentar enfermedad materna son escasos ^[19-23,25,29], incluso algún autor lo incluye como “otros” ^[27] imposibilitando su cálculo exacto. Ningún autor especifica el tipo de enfermedad que desarrollan si es leve, moderada o grave, haciendo imposible una evaluación sobre si es justificada la decisión tomada.

Respecto a la sensación de hambre en el bebé genera controversia entre unos y otros; mientras que varios artículos lo encuentran como causa importante en el seguimiento de la lactancia ^[20,30], otros no encuentran significativos esos datos. ^[26,28] Esos porcentajes aumentan si se valoran otras circunstancias como la ganancia de peso del bebé o la recomendación médica.

Existe contrariedad en relación a la escasa ganancia de peso del recién nacido como motivo de interrupción de LM; mientras que algunos artículos ^[19,25,28-29] lo sitúan entre las causas más importantes, otros ^[20,22,27] muestran porcentajes pequeños, llegándolo a incluir con más factores imposibilitando la exactitud del porcentaje. Sin embargo, es motivo de introducción precoz de la lactancia artificial. ^[30]

Referente a la suspensión o no iniciación de LM a causa de enfermedad neonatal, únicamente ^[20] objetan que las enfermedades son leves. El resto de artículos ^[19,22-23,25-26] no detallan la gravedad ni el tipo de enfermedades que presentaron los bebés. Distinguiendo que algunos ^[29] describen la separación de madre e hijo por razones médicas, como la verdadera imposibilidad para el amamantamiento.

Descubrimos que el regreso de la mujer al mercado laboral sí es un factor muy comentado, con resultados bastante dispares. Existen autores que concretan que el regreso al trabajo es una de las razones primordiales para abandonar la lactancia [27,34], otros discurren directamente como motivo de no iniciar el amamantamiento [19-23,25], mientras que algún autor menciona que es una causa importante para introducir la lactancia artificial [29]. Ahora bien, solo existe un artículo, que evidencia que no hay relación alguna entre la incorporación de la madre en el trabajo y la cesión de lactancia materna. [24]

También es imprescindible despuntar que únicamente dos artículos mencionan los problemas estéticos como motivo de cesión de la crianza. [25,29]

La Educación Maternal resulta una forma muy eficaz de aumentar las posibilidades de dar el pecho al bebé, disminuyendo las inseguridades [19,23,25-26,32,35,37-39]. Resulta trascendente el fomento y enseñanza en el manejo correcto del agarre del bebé, método canguro y la eliminación de chupetes, tetinas y biberones. Dentro de este sector, la matrona es una de las disciplinas de mayor contacto con las familias, seguida de las enfermeras en atención primaria, reforzando las ideas instauradas, resolviendo dudas y mejorando los conocimientos y actitudes en la crianza infantil. [21,27,29,32,37-39]

El papel que ejerce la matrona, el equipo pediátrico y los profesionales formados en lactancia proporcionando un apoyo emocional efectivo y reforzando los talleres de lactancia, resulta fundamental a la hora de satisfacer las necesidades de los progenitores que desean una instauración y mantenimiento duraderos de su amamantamiento. A su vez esta vivencia y disfrute resultan factores muy favorecedores para futuros amamantamientos. [38]

CONCLUSIÓN.

Las tasas de lactancia materna en nuestro entorno son bajas y actualmente se encuentran lejos de alcanzar las recomendaciones de la OMS. Esto es debido a los diversos y numerosos motivos de abandono de lactancia materna. Entre los motivos es necesario realizar mención especial a:

- La hipogalactia, el dolor durante el amamantamiento y problemas en las mamas como mastitis y grietas, son factores que se manifiestan en la mayoría de mujeres y especialmente antes de los 2 meses.
- Factores como la edad, especialmente madres menores treinta años y/o fumadora provocan el cese precoz o directamente no comenzar la crianza.
- El retorno laboral presenta una de las razones de peso más repetidas para interrumpir la lactancia antes de los tres meses o no iniciarla.
- El uso de tetinas, chupetes y biberones interfiere de forma decisiva en la instauración de la lactancia materna, considerándose desfavorecedor.
- La escasa ganancia de peso del bebe contribuye en gran medida al comienzo de lactancia artificial, dando lugar a la lactancia mixta de escasa duración y convirtiéndose en lactancia artificial.
- El hecho de haber tenido un parto eutócico y/o amamantamiento exitoso previo brinda mayor probabilidad de iniciar y continuar dando el pecho.

Convendría que el personal sanitario se familiarizara en las técnicas que, sobradamente, han demostrado un beneficio en la lactancia natural. La enseñanza en el agarre correcto, la involucración de la familia, incluyendo al padre, y el hecho de acudir a las clases preparto favorecen experiencias intraparto y humanizan la asistencia sanitaria. Todo ello, son factores clave en la mejora de la alimentación a medio y largo plazo de la Salud Infantil y Maternal. Estos hechos garantizan la mejora de la planificación y gestión de los recursos sanitarios, reduciendo no solo los ingresos hospitalarios de los bebés amamantados, sino mejorando la Salud Infantil y por ende la Salud Pública.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Hernández Gamboa,E Genealogía historia de la lactancia Materna.Revista Enfermería Actual en Costa Rica [Página Web] 2008 N°15 [Acceso 17 Noviembre 2019] Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/genealogiahistorica.pdf>
2. Evolución de la lactancia materna a lo largo de la historia. Desde el inicio de la humanidad hasta la actualidad. Revista Médica Electrónica Portales Médicos [Revista Online]. 2018 [Acceso 17 Noviembre 2019]; Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/evolucion-la-lactancia-materna-lo-largo-la-historia-desde-inicio-la-humanidad-la-actualidad/2/>
3. Lactante, recién nacido [Sede Web]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [Acceso 17 de Noviembre 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/
4. Neonato: MedlinePlus enciclopedia médica [Sede Web]. Medlineplus.gov. 2020 [Acceso 17 de Noviembre de 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002271>
5. Lactancia materna [Sede Web]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [Acceso 20 Noviembre 2019]. Disponible: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
6. Mínguez Sánchez.MJ, Rodríguez Saiz.MB, Prevalencia de Lactancia Materna en España, Revista Enfermería CyL, Vol 11 N° 1, Hubu Burgos, [Revista Online] 2019, [Acceso 20 de Noviembre 2019] Disponible en: <https://www.revistaenfermeriacyl.com/article/prevalenciadelactanciamaterna enespaña>

7. Beneficios de la lactancia materna: MedlinePlus enciclopedia médica [Sede Web]. Medlineplus.gov. 2019 [Acceso 20 Noviembre 2019]. Disponible en:<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000639.htm>
8. Lactancia materna [Sede Web]. UNICEF. 2019 [Acceso 20 Noviembre 2019]. Disponible en:
https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
9. Beneficios para la madre - Italfarmaco [Sede Web]. Natalbenlactancia 2019 [Acceso 20 de Noviembre 2019]. Disponible en:
http://www.natalbenlactancia.com/beneficios_madre
10. Los beneficios de la lactancia materna para la madre [Página Web]. HealthyChildren.org. 2019 [Acceso 20 de Noviembre 2019]. Disponible en:
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/Paginas/benefits-of-breastfeeding-for-mom.aspx>
11. Contraindicaciones de la Lactancia Materna - Italfarmaco [Sede Web]. Natalbenlactancia. 2019 [Acceso 20 de Noviembre 2019]. Disponible en:
http://www.natalbenlactancia.com/contraindicaciones_lactancia_materna
12. Camacho Reyes A, Ruiz Calzado M. Contraindicaciones para la lactancia materna [Revista Online]. Revista-portalesmedicos.com. 2017 [Acceso 22 de Noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/contraindicaciones-lactancia-materna-madre-bebe/>
13. Díaz Gómez M. Falsos mitos – AEP – Lactancia Materna [Sede Web]. Lactanciamaterna.aeped.es. 2018 [Acceso 22 de Noviembre 2019]. Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/falsos-mitos/>
14. Recuperación postparto [Sede Web]. Sanitas. 2017 [Acceso 29 de Noviembre 2019]. Disponible en:
<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/posparto/recuperacion-postparto.html>

15. Cómo volver a entrar en los pantalones que usabas antes del embarazo [Sede Web]. Mayo Clinic. 2018 [Acceso 29 de Noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/weight-loss-after-pregnancy/art-20047813>
16. La Liga de la Leche, España, Lactancia Materna, Las 10 claves [Sede Web]. Laligadelaleche.es. 2018 [Acceso 29 de Noviembre 2019]. Disponible en: http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/diez_claves.htm
17. Sánchez Terrer M. [Revista Online]. Lactando.org. 2018 [Acceso 29 de Noviembre 2019]. Disponible en: http://www.lactando.org/wp-content/uploads/Lactando_Capitulo-16.pdf
18. Díaz Gómez M., Ares Segura S. Técnicas de Lactancia Materna – AEP – Lactancia Materna [Sede Web]. Lactanciamaterna.aeped.es. 2017 [Acceso 5 de Diciembre 2019]. Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>
19. Ruiz Poyato P., Martínez Galiano J. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. Santa Cruz de La Palma [Internet]. 2014 [Acceso 18 de Marzo 2020];(Ene. vol.8 n.2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
20. Cabedo R., Manresa J., Cambredó M., Montero L., Reyes A., Gol R., Falguera G. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. Matronas profesión. 2019;(20(2):54-61).
21. González Huéscar A., Martínez Roa C., Lorigo Cano I., Cubero Santos A., Maynar Mariño M., Gil Martínez C. Situación actual de la lactancia materna en una zona de salud urbana y factores que la condicionan. Nure Investigación. 2018;(Nure Inv. 15(93)).

22. Ramiro González M., Ortiz Marrón H., Arana Cañedo-Argüelles C., Esparza Olcina M., Cortés Rico O., Terol Claramonte M. et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría [Revista Online]*. 2018 [Acceso 18 de Marzo 2020]; (*An Pediatr (Barc)*, 2018;89(1):32-43). Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org>
23. Campos García A., García Blanco L. Causas de abandono de la lactancia materna. *Fundación de la Enfermería de Cantabria Nuberos Científica*. 2015;(Vol. 3 Nº17 Octubre 2015 - Febrero 2016).
24. Palou Oliver M., Vega Fernández V., Martín M., Rivero Reynel A. Factores asociados al mantenimiento de la lactancia materna iniciada al ingreso en una Unidad de Neonatología. *Metas Enfermeras*. 2014; (*Metas Enferm feb* 2015; 18(1): 6-12).
25. Sacristán Martín A., Lozano Alonso J., Gil Costa M., Vega Alonso A. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2011; (Vol. 13 Nº49 Enero/marzo 2011; 13:3346).
26. Miranda M., Navío C., Rodríguez V. Abandono precoz de la lactancia materna. *Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*. 2014; (Vol. 6 (6)).
27. Oribea M., Lertxundia A., Basterrechea M., Begiristaina H., Santa Marina L, Villara M., Dorronsoro M., Amiano P., Ibarluzea J. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*. 2014; (*Gac Sanit*. 2015;29:4-9).

28. Oliva Pérez J. Percepción Materna de Leche Insuficiente y Lactogénesis II: Factores de riesgo en el posparto temprano y Relación con el Abandono Prematuro de la lactancia. 1 ed. Universidad Católica de Murcia; 2017.
29. Díaz-Gómez N., Ruzafa-Martínez M., Ares S., Espiga I., De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres Españolas en relación a la lactancia materna. Rev Esp Salud Pública. 2016;(2016; Vol. 90; September 6 1-12.).
30. Navarro-Gil C. Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego. Medicina naturista. 2013; (2013; Vol. 7 N° 2: 61-65 I.S.S.N: 1576-3080).
31. Santacruz-Salas E., Aranda-Reneo I., Segura-Fragoso A., Cobo-Cuenca A., Laredo-Aguilera J., Carmona-Torres J. Mothers' Expectations and Factors Influencing Exclusive Breastfeeding during the First 6 Months. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019; (Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 17-77).
32. Gil Urquiza M. Factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria. Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas; 2017.
33. Fernández López E., Rodríguez Rivera A., Rodríguez Rivera M. Vivencias de madres al borde del fracaso de la lactancia materna. Paraninfo digital monográficos de Investigación en Salud. 2015.
34. Oliver Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. 1ed. Universidad de Alicante; 2012; (24-78).
35. Rius J., Ortuño J., Maravall M., Calzado M., López A., Aguar M. et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una

región del este de España. *Anales de Pediatría*. 2014;(An Pediatr (Barc), 2014; 80(1):6-15).

36. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad .Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Vitoria-Gasteiz 2017.
37. Gutiérrez Martínez M.M., González Carrión P., Quiñoz Gallardo M.D., Rivas Campos A., Expósito Ruiz M., Zurita Muñoz A.J. Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un hospital materno infantil. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; (Vol. 93: 6 de noviembre 1-10).
38. Pereda Goikoetxea B., Etxaniz Eloseg I., Aramburu Aliaga I., Ugartemendia Yerobi M., Uranga Iturrioz M.J., Zinkunegi Zubizarreta N. Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. *Matronas Prof*. 2014; (15(2): 1-8).
39. Martínez Galán P., Martín Gallardo E., Macarro Ruiz D., Martínez Martín E. and Manrique Tejedor J., 2017. Educación prenatal e inicio de lactancia materna. *Enfermería universitaria*, 2017; (14 (1):54-66).

ANEXOS.

Anexo I. Variables más estudiadas en los artículos consultados. Elaboración propia.

