

Conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna: identificación de necesidades educativas

Trabajo de Fin de Grado de Nutrición humana y dietética Curso 2014 - 2015

AUTOR:

Noelia Lázaro Melero

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

TUTORES:

Dra. Ana Almaraz Gómez

Dra. Gema Ruíz López del Prado

Dra. Carmen María Samaniego Fernández

RESUMEN

Desde hace años se viene observando un descenso importante en la iniciación y en el seguimiento de la lactancia materna a favor de las fórmulas lácteas. Este hecho viene determinado, en parte, por la actitud de las madres frente a este nuevo reto. El presente trabajo tiene como objetivo establecer el grado de adhesión de las mujeres a la lactancia materna y los factores que la condicionan, identificando con ello necesidades educativas u otros medios que puedan reducir el porcentaje de abandono de la lactancia materna. Para ello hemos analizado varias escalas con las que vamos a medir los conocimientos, actitudes y autoeficacia de las madres. Dicho estudio ha sido realizando durante los últimos meses de 2014 y el primer semestre de 2015 utilizando para el trabajo de campo el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y a las mujeres ingresadas en la área de maternidad durante los meses de obtención de datos. Nuestro estudio ofrece también datos relacionados con el conocimiento sobre el banco de leche y la promoción del Banco de leche materna de Castilla y León de así como con otros temas relacionados con el amantamiento.

LACTANCIA MATERNA, ACTITUD MATERNAL, ESCALA PSICOMETRICA,
AUTOEFICACIA, BANCO DE LECHE.

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

FIGURA 1: DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LACTANCIA MATERNA ²⁵	12
FIGURA 2: INFORMACIÓN SOBRE EL BANCO DE LECHE	30
FIGURA 3: MEDIO DE INFORMACIÓN	31
FIGURA 4: NECESIDAD DE TENER BANCOS DE LECHE	31

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	2
TABLA 2: COMPOSICIÓN LECHE HUMANA VS LECHE DE VACA	4
TABLA 3: TIPOS DE LACTANCIA	7
TABLA 4: CAUSAS DE ABANDONO DE LA LM	7
TABLA 5: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	18
TABLA 6: CARACTERÍSTICAS OBSTRETICAS Y PERIPARTO	20
TABLA 7: MOTIVOS PARA LA ELECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.....	20
TABLA 8: PBSES: ESTADÍSTICOS TOTAL-ELEMENTOS. CONSISTENCIA INTERNA.....	21
TABLA 9: IIFAS: ESTADÍSTICOS TOTAL- ELEMENTO: CONSISTENCIA INTERNA.....	22
TABLA 10: PUNTUACIÓN PBSES SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	24
TABLA 11: PUNTUACIÓN IIFAS SEGUN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.	25
TABLA 12: BSES-SF: ESTADÍSTICO TOTAL- ELEMENTO: CONSISTENCIA INTERNA.....	27
TABLA 13:PUNTUACIÓN ESCALA BSES-SF SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	28

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
I. Importancia de la lactancia materna	1
II. Composición nutricional.....	3
III. Recomendaciones en relación a la lactancia materna	5
IV. Epidemiología	6
V. Banco de Leche.....	8
VI. Instrumentos de medida relacionados con la LM	10
II. OBJETIVOS.....	13
III. MATERIAL Y MÉTODO	14
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	18
VI. CONCLUSIONES	32
VII. BIBLIOGRAFÍA	35
VIII. ANEXOS	38

I. INTRODUCCIÓN

I. Importancia de la lactancia materna

En nuestros días de avances tecnológicos y productos industrializados todavía no se ha elaborado nada que iguale o supere los beneficios de la lactancia materna (LM).¹

La leche materna es el alimento ideal que contiene todos los nutrientes necesarios para que los recién nacidos y lactantes crezcan y se desarrollen saludablemente.

Entre las características más importantes de la leche materna se encuentra:

- Proveer una nutrición ideal para los niños y contribuir a su saludable crecimiento y desarrollo.
- Reducir la incidencia y la severidad de las enfermedades infecciosas, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad infantil.
- Contribuir a la salud de la mujer, reduciendo el riesgo de cáncer ovárico y de pecho y por aumentar el espaciamiento entre embarazos.
- Proveer beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación.
- Proveer a la mayoría de las mujeres con un sentido de satisfacción cuando hay lactancia exitosa.

Y que recientes investigaciones han encontrado que:

- Estos beneficios se incrementan con el aumento de la exclusividad de la LM durante los primeros seis meses de edad y después de esto con incremento en la duración de LM con alimentación complementaria.
- La Intervención programada puede concluir en cambios positivos en el comportamiento sobre la LM.

Todas estas características han sido fuertemente contrastadas en multitud de estudios realizados desde 1950, cuyo máximo apogeo se llevó a cabo en la década de los 90 hasta la actualidad. Una gran reseña de ellos la encontramos en “Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia.”²

Tras trece años de dicha publicación ² aparecen nuevos estudios que no sólo han reafirmado los beneficios ya atribuidos a la LM, sino que han aumentado los mismos.

A pesar de la falta de evidencia científica procedente de ensayos clínicos controlados, por razones obvias, la acumulación de dicha evidencia procedente de estudios observacionales (cohortes y casos y controles) es suficiente para sostener las recomendaciones sobre LM.

En la tabla 1 se resumen los beneficios contrastados tanto para las madres como para los niños.^{3, 4, 5, 6,7}

Tabla 1: Beneficios de la lactancia materna

Beneficios de la lactancia materna en el niño	
A corto plazo	A largo plazo
Satisface sus necesidades nutricionales	Menor incidencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Diabetes Mellitus • Enfermedad de Crohn • Colitis ulcerosa • Linfoma y leucemia • Hipercolesterolemia • Enfermedades cardiovasculares • Problemas dentales (ortodoncias)
Menos infecciones <ul style="list-style-type: none"> • Respiratorias • Diarreas • Otitis • Urinarias 	
Menor síndrome de muerte súbita del lactante	
Menor enterocolitis necrotizante en el recién nacido prematuro.	
Menos enfermedades alérgicas: <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Dermatitis • Enfermedades alérgicas 	
Menor tasa de ingresos hospitalarios	Posible mayor desarrollo intelectual y emocional

Beneficios de la lactancia materna para la madre	
Postparto	A largo plazo
Ayuda al alumbramiento	Anticoncepción en el 98 % de las madres durante los 6 primeros meses
Menos hemorragias post-parto	
Menos anemias	Menor cáncer de mama pre-menopáusico
Menos hipertensión	
Menos depresión post-parto	Menor riesgo de cáncer de ovario
Más rápida pérdida de peso y recuperación de la constitución previa al embarazo	
Sensación de bienestar y autoestima	Menor incidencia de osteoporosis

Fuente: Elaboración propia ^{1, 2, 3, 4, 5, 6,7}

A dichos beneficios sobre la salud, hay que añadir la importancia económica ya que los estudios analizados, no solo muestran un menor coste económico refiriéndose al alimento del bebé, sino que a largo plazo los niños alimentados con leche materna tienen menos infecciones y menos enfermedades y producen menos absentismo laboral de los padres aumentando así la productividad del país.²

II. Composición nutricional

Cada leche tiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches de mamíferos y la hacen adecuada a la cría de la especie. Desde el punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos.⁸ (Picciano, 2001)

La leche materna es un fluido complejo producido con la finalidad de aportar al lactante todos los componentes que precisa, en cantidad y forma adecuada, para satisfacer al máximo sus necesidades y asegurar su óptimo crecimiento y desarrollo.⁹

Las principales propiedades de la leche humana pueden establecerse en:

- La especificidad
- La complejidad
- La variabilidad

La leche humana es específica, elaborada según un patrón y código propio de la especie humana que la hace diferente de la leche de otras especies.

La leche humana es compleja, se han identificado más de cien compuestos diferentes como componentes propios y sin embargo, no es prudente afirmar que con ellos se conozca la composición con exactitud.

Tabla 2: Composición leche humana vs leche de vaca

	Agua	Proteínas	Lípidos	Glúcidos	Minerales
Mujer	87	1.1	4.5	7.6	0.3
Vaca	88	3.2	3.4	4.7	0,7

La leche humana es variable, la composición de la leche de mujer no es constante, sino que presenta continuas variaciones no sólo entre distintas mujeres, sino para una misma mujer en relación al tiempo de lactancia, incluso en un mismo día según la hora de la toma o si es al inicio o final de una misma toma. Estas variaciones parecen encaminadas a adaptar la leche, en cada momento, a las necesidades del lactante.

Como principales factores de variación interindividual cabe citar los siguientes:

- **La edad gestacional:** la leche producida por mujeres con gestaciones inferiores a 37 semanas (PT) presenta propiedades diferentes a la de mujeres con gestaciones a término (AT).
- **La edad materna o haber alimentado a pecho a hijos anteriores** son factores que pueden afectar a algunos de los componentes.
- **La alimentación de la madre** puede producir cambios en los diversos nutrientes de la leche.

El factor que más afectan a la variabilidad en la composición de la leche de una misma mujer es:

La etapa de lactancia. Los mayores cambios en la composición de la leche de mujer se presentan a lo largo del periodo de lactancia. Las variaciones durante el transcurso de la producción láctea son tan notables que se establecen dos periodos claramente diferenciados: el calostro y la leche madura, denominándose leche de

transición a la secretada en el periodo entre estas dos etapas. La composición de la leche producida por una mujer varía a lo largo del día y durante una misma toma.

En definitiva, en la leche humana se encuentran todos los nutrientes necesarios para el bebé, tanto los esenciales como los no esenciales. La composición de la leche materna sirve como referencia para establecer los requerimientos nutricionales del lactante, y con ellos las ingestas recomendadas; el aporte de cada nutriente por el niño alimentado a pecho es la base para la elaboración de preparados lácteos y otros alimentos alternativos.⁹

III. Recomendaciones en relación a la lactancia materna

En el contexto mundial, diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reconocen y recomiendan la práctica de la LM como uno de los factores que más contribuyen con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes de vida con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años ^{10,11}.

La LM es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema social y de atención de salud.¹²

Desde principios de los años noventa la promoción de la LM comienza con la Declaración Innocenti, que fue aprobada en la cuadragésima quinta Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se estableció el comienzo para el desarrollo e implementación de legislaciones tales como: el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la implementación de Los Diez Pasos Hacia Una Feliz Lactancia Natural, que luego fueron organizadas como la Iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia¹².

La Asociación Española de Pediatría (AEP) y en concreto su comité de lactancia materna tiene como objetivo *“Contribuir al cumplimiento de las recomendaciones de las organizaciones internacionales OMS y UNICEF en cumplimiento de los acuerdos establecidos por España, respecto a los derechos de la*

*infancia y a la promoción y apoyo a la lactancia materna como un bien esencial en la salud pública*¹⁰.

IV. Epidemiología

A pesar de los beneficios demostrados de la leche materna y las recomendaciones internacionales, los estudios epidemiológicos sobre la práctica de LM indican un bajo porcentaje en su seguimiento.

Como muchos países del ámbito europeo, España está muy por debajo de las recomendaciones. Según datos de ámbito nacional disponibles solo el 63,31% y el 38,75% de los lactantes reciben leche materna a los 3 y 6 meses, respectivamente.¹⁰

En diversos estudios se ponen de manifiesto esta elección debido a diferentes motivos:

- El desconocimiento de los beneficios de la leche materna frente a la leche artificial o la creencia de que la leche artificial es mejor incluso que la materna.
- El 21,6% de las madres que utilizan leche artificial lo hace debido a consejos del personal sanitario y el 17,3% de ellas lo hace debido a su entorno.
- La creencia de que no son capaces de alimentar bien a su hijo: el 29,7% de las madres cree tener hipogalactemia y el 20,5% cree que su hijo tiene una escasa ganancia ponderal.
- El 11,8% de las madres que se cambian a lactancia artificial, lo hace al incorporarse al trabajo.
- El 50,2% de las madres dice haber recibido regalos de las casas comerciales de leche artificial.

Aunque al alta hospitalaria la mayoría de las madres (el 80%) da el pecho, a los tres meses solo el 52,5% de los niños toman leche materna en exclusiva, una cifra que se reduce al 36% a los seis, según datos de la AEP.¹⁰

Otros datos referentes al abandono de la lactancia los encontramos en la última encuesta nacional de salud en la cual como mostramos en la siguiente tabla tiene un

seguimiento del 66,2% a las 6 semanas que va en descenso bajando al 53,6% a los 3 meses y al 28,5% a los 6 meses.¹³

Tabla 3: Tipos de lactancia

	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial
Total	66,2	6,2	27,6	53,6	13,0	33,5	28,5	18,4	53,1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 INE-MSSSI¹³

En otro informe realizado por los servicios de pediatría de los hospitales Virgen del Camino de Pamplona y Cruces de Baracaldo (Vizcaya), se pone de manifiesto el descenso mensual que sufre la lactancia materna exclusiva desde el primer mes, siendo muy significativa la caída que se produce a partir del primer trimestre.¹⁴

En este mismo informe podemos ver las diferentes causas de abandono de la lactancia materna. (Tabla 4)

Tabla 4: Causas de abandono de la LM

Causa	Número de casos válidos	% Respuestas válidas*
Hipogalactia	435	40,2
Decisión Maternal	341	31,5
Escasa ganancia ponderal	284	26,2
Trabajo madre	104	9,6
Indicación hospitalaria	48	4,4
Pauta hospitalaria	26	2,4
Separación materno-filial	17	1,6
Otros	123	11,4

LM: Lactancia materna*Porcentaje válido de respuestas para cada una de las respuestas con respecto al total de registros.¹⁴

Otros factores asociados que tenemos que tener en cuenta son el nivel social, situación laboral, edad de la mujer o número de embarazo.

En otro estudio realizado sobre la población de Castilla y León en 2008¹⁵ el porcentaje de mujeres que eligieron lactancia materna exclusiva después del parto fue del 81,2%, el 10,7% optó por la lactancia mixta y el 8,1% por la lactancia artificial. El abandono de la lactancia natural fue progresivo, llegando al sexto mes solo el 36,5% de los niños que la habían iniciado.

V. Banco de Leche

Un **Banco de Leche** es un dispositivo sanitario establecido para la obtención de leche humana a fin de recogerla, procesarla, almacenarla y dispersarla, con todas las garantías sanitarias a los pacientes que precisen de este producto biológico.¹⁶

Cuando no hay disponible leche materna de la propia madre, los máximos organismos internacionales dedicados a la salud de la población infantil, como la OMS y Unicef, así como las sociedades científicas pediátricas, recomiendan la alimentación con leche materna donada (LMD) por otras madres para niños muy prematuros o enfermos. En muchos países, la política sanitaria nacional considera la LMD como una herramienta razonable y efectiva para la promoción de salud infantil¹⁷.

Históricamente, cuando no estaba disponible la leche de la propia madre (proporcionada ya fuera a través del amamantamiento o de la extracción de leche) para la alimentación de los lactantes, estos eran alimentados con leche materna de otras mujeres (amantando o tomando la leche previamente extraída).

Durante el siglo XX las actividades de las nodrizas fueron reemplazadas en gran medida por la introducción y el desarrollo de bancos de leche humana en casi todo el mundo. Las nodrizas desaparecieron principalmente por los cambios sociales y el marketing de la fórmula artificial (apogeo en los años cincuenta). De forma paralela, tuvo lugar la creación de bancos de leche, lo que permitió alimentar con LMD a los recién nacidos prematuros o enfermos, aun desapareciendo la figura de las amas de crías o nodrizas.

En diferentes países existen Bancos de Leche desde el primer tercio del siglo XX. A pesar de que su uso disminuyó durante los años cincuenta por la aparición de las fórmulas lácteas y en los ochenta, coincidiendo con la epidemia del VIH, este

declive en el funcionamiento de los Bancos de Leche fue solo transitorio y actualmente se encuentran extendidos por todo el mundo con una tendencia cada vez mayor hacia la creación de nuevos bancos.^{18,19,20}

Actualmente existen 209¹⁶ bancos de leche humana en toda Europa y el número y la actividad de estos bancos están creciendo. España cuenta con 8 de ellos. Los bancos de leche proporcionan leche materna de forma segura (gracias a los mecanismos rigurosos de control que emplean), principalmente a los bebés enfermos y prematuros.²¹

Teniendo en cuenta la progresiva y reciente creación de bancos de leche a nivel nacional e internacional debemos hablar de la incorporación del Banco de Leche Materna en el Servicio Regional de Salud de Castilla y León.

El Banco de leche Materna de Castilla y León nace como un centro dependiente de la Consejería de Sanidad y coordinado por el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid en colaboración con el Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León. Se trata de un proyecto autonómico que a diferencia de los otros siete que existen en España tiene carácter mixto, ya que aprovechará las fortalezas del Centro de Hemoterapia y de las unidades de neonatología de la red hospitalaria de Sacyl.²²

Como resultado de un mayor conocimiento de las ventajas de la leche materna, las familias demandan con mayor frecuencia la disponibilidad de esta leche para los propios hijos si la madre no puede amamantar o no tiene suficiente leche para cubrir las necesidades de su propio hijo/a.

Como consecuencia, se ha producido un rápido aumento y desarrollo de páginas de internet que facilitan el intercambio de la leche materna. La Asociación Europea de Bancos de Leche (AEBLH) entiende y aplaude el creciente deseo de los padres y cuidadores para proporcionar leche materna en lugar de leche artificial ("fórmula") para sus hijos, pero fomentando que se haga a través de los bancos de leche para garantizar la seguridad en la conservación y procesamiento de la leche y el control de infecciones. Asimismo, apoya los esfuerzos para ayudar a las madres a amamantar a sus propios bebés, incluyendo la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

(IHAN) y otras iniciativas para aumentar las tasas y duración de la lactancia materna, metas perseguidas por la OMS ²².

El conocimiento científico sobre el beneficio de la LM exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida así como su continuidad complementada con otros alimentos hasta los dos años, contrasta con el seguimiento de esta práctica por parte de las madres.²³

Se sabe que algunas madres son fisiológicamente incapaces de amamantar y que hay algunas contraindicaciones a la lactancia materna. Salvando las situaciones previamente señaladas, todas las madres que desean amamantar podrían alcanzar su deseo con un apoyo adecuado.¹⁹

VI. Instrumentos de medida relacionados con la LM

El presente trabajo tiene como objetivo medir la confianza materna en su capacidad de amantar a través de las actitudes y los conocimientos. En el año 2011, se publicó una exhaustiva revisión sobre las propiedades psicométricas de las herramientas desarrolladas en relación a los siguientes aspectos de la lactancia materna: actitudes, experiencia, satisfacción y confianza. Un total de 301 artículos fueron analizados, siendo finalmente seleccionados 24 que cumplían los criterios de inclusión establecidos. Finalmente solo 7 escalas cumplieron los requisitos mínimos de fiabilidad y validez para ser utilizados en investigación²⁴ (Figura 1).

La confianza materna se puede definir a partir del concepto de "autoeficacia" desarrollado por Albert Bandura en su teoría social cognitiva. La autoeficacia percibida es la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar el curso de la acción requerida para alcanzar una meta. En nuestro caso, la autoeficacia en la LM es la creencia de la madre sobre su capacidad para afrontar, satisfactoriamente la LM.²⁵

A continuación se detallan las características básicas de dos de las tres escalas seleccionadas para la realización del presente trabajo.

- IIFAS (Iowa InfantBreastfeedingAttitudeScale): Desarrollado por De la Mora y Russell, fue diseñado para medir las actitudes hacia la lactancia materna y la identificación de los factores que influyen en la decisión de las mujeres sobre los

métodos de alimentación del lactante. Consta de 17 ítems que se puntúan del 1 al 5 tomando como referencia el 1 como totalmente en desacuerdo y el 5 como totalmente de acuerdo siguiendo una escala Likert. Cuanta más alta es la puntuación, más favorable es la actitud hacia la lactancia materna.^{24,26}

- BSES-SF (BreastfeedingSelf-EfficacyScale–Short Form): desarrollado por Dennis y Faux en 1999, para medir la autoeficacia de las madres. Con 33 ítems en su versión original, los mismos autores desarrollaron una versión abreviada de 14 ítems que es la que se utilizará en el presente estudio. Este cuestionario ha sido adaptado al español por el equipo de Oliver-Roig. Se puntúa con una escala del 1 al 5 entendiendo el “Nada” con 1 y el “siempre” con 5.^{24, 27,28}

Además de estos dos cuestionarios, recientemente ha sido validada la versión en español del cuestionario PBSES (Prenatal Breast-feedingSelf-efficacyScale) (referencia). Dicho cuestionario, destinado a medir la autoeficacia previa al parto, relacionada con la lactancia materna, fue desarrollado por Wells y cols en 2006. Consta de 20 ítems que se puntúan con una escala Likert desde 1 “nada segura” hasta 5 “completamente segura”. Aunque aún faltan estudios sobre su estructura interna, la puntuación obtenida ha demostrado un buen predictor de lactancia materna exclusiva²⁹.

Table 1: Descriptions of the Maternal Breastfeeding Assessment Tools

Tool	Numbers of Items	Meaning of Score	Subscales
GRABS (Kelley et al., 1993)	6 items 5-point Likert-type scale format.	A high score reflects a more positive breastfeeding attitude.	—
IIFAS (De La Mora & Russel, 1999)	17 items 5-point Likert-type scale format; nine of the items are reverse-scored.	A higher score reflects a more positive attitude toward breastfeeding.	—
MBFES (Lelf et al., 1994)	30 items 5-point Likert-type scale format.	Higher scores reflect more positive breastfeeding experiences.	Maternal enjoyment/ Role attainment; Infant satisfaction/ Growth; Lifestyle/ Maternal body image.
BSES (Dennis & Faux, 1999)	33 items 5-point Likert-type scale format.	Higher scores indicate a higher level of breastfeeding self-efficacy.	Technique; Intrapersonal thoughts.
BSES-SF (Dennis, 2003)	14 items 5-point Likert-type scale format.	Higher scores reflect higher levels of breastfeeding self-efficacy.	—
BPEBI (Cleveland & McCrone, 2005)	27 items. The range of score is based on how much confidence the women have in breastfeeding as a percentage categorized into three groups of 0%, 50%, and 100% for each item.	Higher percentages reflect higher levels of self-efficacy.	Manage duration; Manage technique with social support; Manage motivation; Manage different environment; Manage possible challenges.
BAPT (Janke, 1992)	44 items 6-point Likert-type scale format.	Higher scores indicate higher attitudes, subjective norm, and control about breastfeeding.	Negative breastfeeding sentiment; Positive breastfeeding sentiment; Negative formula feeding sentiment; Breastfeeding control; Professional support; Family and friend support.
BAPT (refined) (Janke, 1994)	52 items 6-point Likert-type scale format.	A higher score reflects a greater attitude, subjective norm, and control toward breastfeeding.	Negative breastfeeding sentiment; Positive breastfeeding sentiment; Social and professional support; Breastfeeding control.

GRABS = The Gender-Role Attitudes toward Breastfeeding Scale; IIFAS = Iowa Infant Feeding Attitudes Scale; MBFES = Maternal Breastfeeding Evaluation Scale; BSES = Breastfeeding Self-Efficacy Scale; BSES-SF = Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form; Breastfeeding Personal Efficacy Beliefs Inventory; BAPT = Breastfeeding Attrition Prediction Tool.

Figura 1: Descripción de los instrumentos de evaluación de lactancia materna ²⁵

II. OBJETIVOS

1. Establecer el grado de adhesión de las mujeres a la lactancia materna exclusiva y los factores que la condicionan.
2. Identificar los conocimientos, actitudes y autoeficacia de las madres hacia la lactancia materna y los factores que los condicionan.
3. Validar en nuestro medio, las escalas PBSES-e, IIFAS, y BSES-SF.
4. Identificar necesidades educativas en relación a la lactancia materna.
5. Describir el grado de conocimiento de las madres respecto de los bancos de leche.
6. Conocer la disposición de las madres para donar leche

III. MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio y recogida de datos

El estudio consiste en un diseño transversal, con seguimiento prospectivo de solo una parte de la corte inicial.

La **Fase I** es un estudio transversal realizado durante los meses de Febrero a Abril de 2015 en el área de maternidad del Hospital Universitario Rio Hortega a las mujeres después de dar a luz. Las candidatas al estudio se eligieron entre las mujeres que estaban hospitalizadas.

El criterio de inclusión fue, mujeres mayores de 18 años, con hijos sanos nacidos a término, que comprendían el español y con menos de 3 días postparto. Fueron excluidas del estudio partos con más de 3 días, con enfermedades contagiosas, o que se encontraran en áreas de cuidados intensivos o en reanimación. En días aleatorios una entrevistadora, siempre la misma para evitar el sesgo del entrevistador, acudía al hospital y realizaba el estudio a todas las madres que cumplieran los criterios de selección. La duración media de la entrevista fue de 15 minutos.

La entrevistadora recoge la información necesaria a partir de un cuestionario con variables sociodemográficas, obstétricas y sobre LM. Además de rellenar los cuestionarios (PBSES-e y IIFAS) y las preguntas sobre el banco de leche.

La Fase II del estudio se realizó mediante entrevista telefónica, a las 6 semanas del parto. En esta fase se realiza el cuestionario BSES-SF y diversas preguntas en relación con la LM.

La secuencia temporal del trabajo de campo realizado fue la siguiente:

1. Recogida de datos hospitalarios (habitación, número de cama, número de historia clínica, y datos de la misma) a partir del informe de nuevo nacimiento de cada parto. Estos datos se rellenaban en la sala de nidos.

2. Visita a las candidatas en sus habitaciones. En un primer contacto se hace una presentación de quien somos y que hacemos allí, seguidamente se les entrega la carta de participación mientras se la explica de forma verbal en qué consiste el estudio y solicitamos su participación. (ANEXO 1).

Si la candidata accede a participar, se firma el consentimiento informado (ANEXO 2) y se comienza la encuesta obteniendo en primer lugar los datos personales que se requieren y que no aparecían en la historia clínica. (ANEXO 3)

3. Cumplimentación de las encuestas validadas: en primer lugar se realiza la PBSES-e, ya que esta encuesta que se centra en recoger la valoración subjetiva de sus capacidades así como de su opinión acerca de temas relacionados con la LM, no hace falta corregirla, por lo tanto el entrevistador se limita a leer los enunciados y marcar la respuesta que le indique la participante. (ANEXO 4)

Posteriormente, se realiza el cuestionario IIFAS, de la misma forma que la anterior, el entrevistador lee los enunciados y marca las respuestas que indique la participante, una vez contestada toda la encuesta se deberá aclarar dudas surgidas durante las preguntas así como corregir aquellas creencias erróneas y reforzar la idea de que la LM es la mejor opción apoyándose en los beneficios que la evidencia científica nos ha demostrado. Esto se debe hacer con el máximo respeto a las opiniones de cada mujer así como su libertad para elegir una determinada alimentación para su hijo. (ANEXO 5)

4. En el momento que todas las dudas han quedado resueltas se pasará a realizar las 4 preguntas acerca del banco de leche, las 3 primeras (¿Tiene usted alguna información sobre los bancos de leche?, ¿Qué fuente de información?, ¿Cree que son necesarios? Se realizan sin aportar ninguna afirmación sobre los bancos de leche. Cuando ya están contestadas las 3 preguntas se explica detalladamente a cada madre cual es la función que desempeña el banco de leche, el procedimiento, y la forma de donación. Una vez aclarado el funcionamiento y finalidad de este se realiza la 4 pregunta (¿Estaría dispuesta a donar su leche?) recordando que con la contestación a ella no se compromete a nada. (ANEXO 6)

5. Finalmente se le pide a la madre un teléfono de contacto y se la recuerda que pasadas 6 semanas se contactará con ella nuevamente para realizar la fase II.

6. Seis semanas después tiene lugar la fase II, en este caso se revisa los datos de la madre y se la llama telefónicamente. Tras identificarnos realizamos la primera pregunta ¿Sigue usted con la lactancia materna? A continuación comenzamos con el cuestionario BSES-SF, (ANEXO 7) para conocer su experiencia, tras completar el mismo, terminamos el estudio con la siguiente pregunta: “¿Cuál es el mayor problema que ha encontrado en estas semanas para seguir con la lactancia materna?”. Dependiendo de la respuesta podremos ofrecer una solución en la medida de nuestras posibilidades. Tras ella preguntamos sobre las “doulas”: “¿Sabe qué son?”“¿Contactó con alguna durante el embarazo o después?”. Para finalizar se las pide una valoración del 1 al 10, entendiendo que su opinión hacia el estudio y hacia la autora del estudio como entrevistadora es 1 nefasta a un 10 excelente. (ANEXO 8) Para realizar la fase II se llamaba un máximo tres veces para contactar con la participante.

La autora del estudio, en esta fase se encargada de realizar las preguntas a las madres y de contestar a las dudas durante el proceso, además de explicar el funcionamiento sobre el banco de leche, es estudiante de Grado de Nutrición humana y Dietética por la Universidad de Valladolid y ha realizado el curso de experto en Lactancia Materna impartido por la Universidad CEU Cardenal Herrera (Madrid). (ANEXO 9)

Variables del estudio

Sociodemográficas

- Edad
- Nacionalidad
- Estado Civil
- Estudios terminados
- Profesión
- Ocupación laboral actual

Obstétricas

- Número de hijos
- Orden que ocupa
- Tipo de parto
- Asistencia a cursos de preparación al parto
- Tipo de lactancia anterior

- Duración de lactancias anteriores
- Tipo de lactancia actual
- Duración esperada de la lactancia actual.

Datos del recién nacido

- Sexo
- Edad gestacional
- Talla
- Peso
- Parto

Escalas:

- PBSES: 20 ítems puntuados del 1 al 5. Puntuación total de la escala entre 20 y 100.
- IIFAS: 17 ítems puntuados del 1 al 5. Los ítems 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 14 y 17 puntúan de manera inversa. Puntuación total de la escala entre 17 y 85.
- BSES-SF: 14 ítems puntuados del 1 al 5. Puntuación total de la escala entre 14 y 70.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron codificados e introducidos en una hoja Excel que fue posteriormente exportada para su análisis estadístico al programa IBM SPSS (StatisticalPackageforthe social Sciences) versión 22.0.

El análisis descriptivo se realizó mediante distribución de frecuencias para las variables categóricas y media y desviación típica para las numéricas.

Para el análisis de fiabilidad de las escalas se utilizó el coeficiente de correlación alfa de Cronbach para el total de las escala y para el total eliminando cada ítem.

Para la comparación de variables numéricas en función de niveles de otra categórica, se utilizó la t de Student o ANOVA de un factor según el número de categorías a comparar. En el caso de tamaños muestrales pequeños, se utilizó la correspondiente prueba no paramétrica (U de Mann-Whitney). En todos los casos se estableció un nivel de significación de 0.05.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

FASE I

Características generales de la muestra

El número de mujeres a las que se les solicitó participar en nuestro estudio fue de 110, de las que 100 (90,9%) aceptaron participar. La edad media de las participantes fue de 33,93 años (DT: 4,452). Entre las encuestadas el 86% eran de nacionalidad española. Si atendemos al estado civil de las participantes, el 67% están casada seguida por un 26% solteras, un 4% pareja de hecho y un 3% divorciada/separada. El 11% de las encuestadas tienen una profesión sanitaria, el 60% estudios universitarios y el 72% estaban ocupadas en el momento de la encuesta. (Tabla 5)

Tabla 5: Características sociodemográficas

	Frecuencia	Porcentaje
EDAD		
<=35	58	58,0
>35	42	42,0
NACIONALIDAD		
Española	86	86,0
Otra	14	14,0
ESTADO CIVIL		
Soltera	26	26,0
Casada	67	67,0
Divorciada/Separada	3	3,0
Pareja de hecho	4	4,0
PROFESIÓN		
Sanitaria	11	11,0
No sanitaria	89	89,0
NIVEL ESTUDIOS		
Universitarios	60	60,0
No universitarios	40	40,0
OCUPACIÓN		
Trabajando	72	72,0
Desempleado	28	28,0

En cuanto a las características obstétricas y perinatales (tabla 6), el 59% de las encuestadas eran madres por primera vez, el 34% lo eran por segunda y sólo 7% lo eran por tercera. Cabe destacar que uno de los partos fue múltiple y se convertía en el mismo parto en madre por segunda y tercera vez. El tipo de parto que se produjo con mayor frecuencia fue el normal (58%) seguido por la cesárea (30%) y por el instrumental (12%).

La asistencia a cursos preparto durante este último embarazo fue del 70%, mientras que la asistencia a cursos en alguno de sus embarazos es del 86%.

Entre las 41 mujeres que ya habían sido ya madres con anterioridad, el 68% optaron en su momento por la lactancia materna exclusiva, el 17% eligieron la leche de fórmula y un 15% combinaron ambas opciones.

En este nuevo hijo el 88% se dispone a iniciar la lactancia materna, el 9% la de fórmula y un 3% mixta. En la tabla 6, se presentan los motivos relatados por las mujeres para su elección de lactancia con el hijo actual. Los motivos de salud, fueron los más frecuentemente esgrimidos para la lactancia materna y mixta, mientras que los motivos laborales predominan en el caso de la lactancia mediante fórmula.

Tabla 6: Características obstétricas y periparto

	Frecuencia	Porcentaje
Nº DE HIJOS		
1	59	59,0
2	34	34,0
3	7	7,0
ORDEN		
1	59	59,0
2	34	34,0
2 Y 3	1	1,0
3	6	6,0
TIPO DE PARTO		
Normal	58	58,0
Instrumental	12	12,0
Cesárea	30	30,0
CURSOS		
Si	70	70,0
No	30	30,0
LACTANCIA ANTERIOR		
Materna	28	68,29
Formula	7	17,07
Mixta	6	14,63
Total	41	100,0
LACTANCIA ACTUAL		
Materna	88	88,0
Fórmula	9	9,0
Mixta	3	3,0

Tabla 7: Motivos para la elección de la lactancia materna

LACTANCIA ACTUAL	MOTIVO		
	Salud	Laborales	Otros
Materna	76 (86,4%)	9 (10,4%)	3 (3,45)
Fórmula	2 (22,2%)	5 (55,6%)	2 (22,2%)
Mixta	2 (66,7%)	0 (0,0%)	1 (33,3%9

Resultados de los cuestionarios sobre lactancia materna

En la tabla 8 se presenta la información más relevante del cuestionario **PBSES**.

Tabla 8: PBSES: Estadísticos total-elementos. Consistencia interna

Nº DE ITEM	MEDIA	DT	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
PBSES.1	4,21	0,795	0,843
PBSES.2	4,40	0,620	0,843
PBSES.3	4,44	0,729	0,840
PBSES.4	4,67	0,682	0,851
PBSES.5	4,70	0,577	0,842
PBSES.6	3,99	0,937	0,843
PBSES.7	4,00	1,015	0,840
PBSES.8	4,40	0,696	0,835
PBSES.9	3,78	1,050	0,846
PBSES.10	4,36	0,871	0,847
PBSES.11	4,22	0,960	0,846
PBSES.12	4,43	0,769	0,836
PBSES.13	4,28	0,996	0,833
PBSES.14	4,75	0,458	0,842
PBSES.15	4,39	0,942	0,836
PBSES.16	3,72	1,386	0,845
PBSES.17	3,91	1,093	0,843
PBSES.18	4,56	0,715	0,843
PBSES.19	4,63	0,646	0,842
PBSES.20	3,84	1,24	0,845
TOTAL	85,68	9,03	0,849

La media de la puntuación total de la escala fue de 85,68 (DT: 9,3). El alfa de Cronbach fue 0,849 y el único ítem cuya eliminación aumentaría la consistencia interna de la escala fue el nº 4 (“Puedo hablar con mi pareja sobre dar el pecho a mi bebe”), si bien de forma ínfima (0,851).

El ítem con mayor puntuación (4,750) corresponde al ítem 14: "Puedo dar pecho a mi bebé cuando mi pareja está conmigo", en cambio el que menos puntuación obtiene (3,720) es el ítem 16 que corresponde a la afirmación: "Puedo dar el pecho a mi bebé rodeada de gente que no conozco"

Los resultados de la escala **IIFAS**, se presentan en la tabla 9. La puntuación total media fue de 65,32 (DT: 7,826) y el valor del coeficiente alfa de Cronbach se situó en 0,782. Los ítems cuya eliminación incrementarían este valor son los número 10 ("Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los de leche artificial") y 17("Una madre que ocasionalmente beba alcohol no debería amantar a su bebé"). En cualquier caso, dichos incrementos serían ínfimos. El ítem con mayor puntuación (4,90) corresponde al ítem 16: "La leche materna es más barata que la leche artificial" y el ítem con menor puntuación (1,62) es el 17: "Una madre que ocasionalmente beba alcohol no debería amantar a su bebé".

Tabla 9: IIFAS: Estadísticos Total- elemento: Consistencia interna

Nº DE ÍTEM	MEDIA	D. T.	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem.
IOWA.1	3,90	1,020	0,773
IOWA.2	4,38	0,708	0,767
IOWA.3	4,49	0,772	0,772
IOWA.4	3,60	1,005	0,781
IOWA.5	3,39	1,246	0,773
IOWA.6	3,24	1,138	0,771
IOWA.7	3,65	1,167	0,771
IOWA.8	4,35	0,770	0,773
IOWA.9	3,52	1,291	0,756
IOWA.10	3,86	0,921	0,784
IOWA.11	4,25	0,770	0,779
IOWA.12	4,59	0,712	0,758
IOWA.13	4,03	1,029	0,755
IOWA.14	3,32	1,154	0,763
IOWA.15	4,23	1,033	0,751
IOWA.16	4,90	0,461	0,778
IOWA.17	1,62	0,962	0,801
TOTAL	65,32	7,826	0,782

Diferencias en las puntuaciones de las escalas PBSES e IIFAS, según variables de interés.

En las tablas 10 y 11, presentamos los resultados de la comparación de la puntuación total de la escala PBSES y la IIFAS respectivamente en función de la edad, sexo, nacionalidad, ocupación, nivel de estudios, asistencia a cursos preparto, lactancia anterior y lactancia actual.

En el caso de la escala PBSES, las puntuaciones fueron superiores en mujeres mayores, de nacionalidad española, con profesiones sanitarias y receptoras de cursos preparto. Solo en el caso de la edad, estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Para la escala IIFAS, las puntuaciones más elevadas correspondieron a mujeres jóvenes, españolas, con profesión sanitaria, estudios universitarios, desempleadas y receptoras de cursos preparto. En ningún caso las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Al comparar las puntuaciones de las dos escalas en función de su experiencia de lactancia anterior, las puntuaciones fueron superiores en aquellas que tenían una experiencia previa de lactancia materna, siendo estas diferencias estadísticamente significativas para la escala IIFAS. Los mismos resultados se obtienen al comparar las puntuaciones de ambas escalas en relación a la elección de lactancia para el hijo actual.

Tabla 10: Puntuación PBSES según variables sociodemográficas

PBSES	N	Media	DT	P-Valor
EDAD				
<=35	58	84,70	8,93	0,207
>35	42	87,02	9,09	
NACIONALIDAD				
Española	86	86,01	8,87	0,366
Otra	14	83,64	10,07	
PROFESIÓN				
Sanitaria	11	86,36	6,97	0,792
No sanitaria	89	85,95	9,28	
NIVEL ESTUDIOS				
No Universitarios	40	84,34	9,47	0,214
Universitarios	60	86,60	8,68	
OCUPACIÓN				
Trabajando	72	85,84	9,25	0,768
Desempleado	28	85,25	8,57	
ASISTENCIA A CURSOS				
Sí	86	86,14	9,08	0,209
No	14	82,86	8,44	
LACTANCIA ANTERIOR				
Materna	28	87.18	9.66	0.128
Fórmula	7	82.28	7.97	
Mixta	6	83.33	7.2	
LACTANCIA ACTUAL				
Materna	88	86,34	8,62	0,097
Fórmula	9	79,55	10,10	
Mixta	3	84,66	14,46	

Tabla 11 Puntuación IIFAS según variables sociodemográficas.

IIFAS	N	Media	Desviación Típica	P-Valor
EDAD				
<=35	58	66,63	8,14	0,047
>35	42	63,50	7,06	
NACIONALIDAD				
Española	86	65,83	7,73	0,102
Otra	14	62,14	7,92	
PROFESIÓN				
Sanitaria	11	68,18	6,82	0,200
No sanitaria	89	64,96	7,90	
NIVEL ESTUDIOS				
No Universitarios	40	63,52	8,68	0,061
Universitarios	60	66,51	7,01	
OCUPACIÓN				
Trabajando	72	64,83	8,09	0,321
Desempleado	28	66,57	7,07	
ASISTENCIA A CURSOS				
Sí	86	65,25	8,04	0,840
No	14	65,71	6,59	
LACTANCIA ANTERIOR				
Materna	28	65,78	7,19	0,004
Fórmula	7	56,00	3,65	
Mixta	6	62,67	7,60	
LACTANCIA ACTUAL				
Materna	88	66,70	6,91	0,000
Fórmula	9	54,77	6,70	
Mixta	3	56,33	8,32	

DISCUSIÓN FASE I

En la fase I de estudio se muestran los resultados de la aplicación de la versión española de la escala PBSES e IIFAS. Ambos resultados son consistentes con sus estudios originales.

La escala PBSES tiene una validez interna según el coeficiente alfa de Cronbach³⁰ (0,849) está algo por debajo de la versión original (0,89)³¹ y del (0,91)²⁹ que encontramos en la versión de validación española. Es un coeficiente que supera el nivel recomendado para un instrumento de medida³⁰ y permite utilizarlo para realizar comparaciones entre grupos. La puntuación media fue 85,68 muy por encima de la media obtenida en la versión validada de la escala²⁹ (72,32). Es un resultado muy alto teniendo en cuenta que lo situaríamos entre los percentiles P₇₅ – P₉₀. Los ítems con mayor y menor puntuación en nuestra escala fueron el 14 y el 16, distintos a los ítems de la escala comparada que fueron 7 y el 10 respectivamente²⁹. Esta alta autoconfianza que demuestran las madres en el cuestionario dista de los resultados que obtenemos en la fase II y que veremos posteriormente.

La otra escala utilizada en la fase I, la IIFAS, obtuvo un alfa de Cronbach de 0,782 algo por encima del de la validación en español³² (0,704). Esta validación tiene una puntuación media de 72,24, media superior a la nuestra (65,32). El resultado en esta ocasión no es tan alto como en la escala anterior pero de igual manera es un buen resultado, encontrándose entre los percentiles P₅₀ – P₇₅. El ítem con mayor puntuación en nuestra escala es el 16 mientras que en la escala de comparación es el 10, pero ambas escalas coinciden en el ítem con menor puntuación el 17 “Una madre que ocasionalmente beba alcohol no debería amamantar a su bebé”. Dadas las connotaciones respecto al alcohol y la lactancia.

El porcentaje de mujeres que inician la lactancia materna (88%), es mayor al porcentaje que nos revela un estudio realizado en nuestra comunidad (81,2).¹⁵ y bastante mayor al de otras comunidades.¹³

FASE II

De las 100 participantes del estudio, tuvimos el teléfono de 90 de las cuales con 47 se pudo contactar y fueron entrevistadas en la fase II. De ellas, 36 (76,6%) seguían con ella a las 6 semanas, 8 (15,6%) habían pasado a fórmula y 3 (4,4%) a mixta. Los motivos para abandonar la LM exclusiva fueron: insuficiencia de leche (3), escasa ganancia ponderal/sé quede con hambre (2), dolor (1), “no me llama dar el pecho” (1). Las mayores dificultades que encontraron las que siguieron dando el pecho fueron: cansancio /consumo de mucho tiempo (8), creencia de hipogalactia(3). Y entre

los problemas que encontraron las madres que pasaron a lactancia mixta fueron: Insuficiencia de leche (2) escasa ganancia ponderal (1).

Los resultados de la validación del cuestionario BSES –SF se presentan en la tabla 12. La puntuación total media del cuestionario fue de 53,42 (DT = 12,98). La puntuación máxima fue para el ítem 13 (“Soy capaz de amantar a mi bebé cada vez que me lo pide”) con una media de 4,18 puntos y la mínima para el ítem 12 (“En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebe”) con 3,29 puntos. El coeficiente alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0,935 y ningún ítem de los 14 eleva dicho coeficiente al ser eliminado. La puntuación total de la escala BSES-SF es superior en mujeres menores de 35 años, de nacionalidad no española, de profesión no sanitaria, estudios inferiores, desempleadas y que no han asistido a cursos de formación y con lactancia anterior. Las diferencias según edad, ocupación, asistencia a cursos, y continuación con la lactancia materna son estadísticamente significativas. (Tabla 13)

Tabla 12: BSES-SF: Estadístico total- elemento: Consistencia interna

Item	Media	D.T.	Alfa de Cronbach si se elimina el item
BSES1	3,58	1,288	0,935
BSES2	3,71	1,199	0,927
BSES3	3,31	1,676	0,931
BSES4	4,04	1,186	0,930
BSES5	3,76	1,151	0,930
BSES6	3,91	1,145	0,932
BSES7	3,93	1,355	0,929
BSES8	4,00	1,261	0,934
BSES9	3,91	1,164	0,925
BSES10	3,84	1,065	0,935
BSES11	4,09	1,145	0,926
BSES12	3,29	1,392	0,926
BSES13	4,18	1,114	0,928
BSES14	3,97	1,375	0,929
BSES_TOTAL	53,42	12,98	0,935

Tabla 13: Puntuación escala BSES-SF según variables sociodemográficas

BSES – SF	N	Media	Desviación Típica	P-Valor
EDAD				
<=35	24	26,37	9,82	0,049
>35	22	34,40	14,98	
NACIONALIDAD				
Española	39	31,10	13,18	0,204
Otra	7	25,28	12,05	
PROFESION				
Sanitaria	7	32,14	12,34	0,435
No sanitaria	39	29,87	13,31	
ESTUDIOS				
No Universitarios	19	27,47	11,07	0,372
Universitarios	287	32,14	14,17	
OCUPACION				
Trabajando	28	34,92	13,26	0,001
Desempleado	18	22,89	8,87	
ASISTENCIA A CURSOS				
Sí	39	31,61	12,80	0,036
No	7	22,42	12,56	
CONTINUA CON LM				
SI	36	57,77	11,44	0,000
FÓRMULA	8	39,12	7,12	
MIXTA	3	44,33	9,07	

La fase II se realizó acompañada de otras preguntas. ¿Sabe o conoce que son las doulas? ¿Contactó con alguna durante o después del embarazo? El 71% (32) respondió que sí sabían lo que eran pero solo el 2,2% (1) del total había contactado con ellas.

También se quiso valorar el trabajo de la entrevistadora y su capacidad de comunicación en escala del 1 al 10. La valoración media fue de 9,5 (DT= 0,691).

DISCUSIÓN FASE II

En este estudio se muestran los resultados de la aplicación de la versión española de la escala BSES-SF²⁹. El coeficiente alfa de Cronbach (0,935) es muy elevado y permite utilizar este índice para realizar comparaciones entre grupos. La puntuación media obtenida fue 53,42, algo superior a la de otros estudios realizados en España (50,03)³³ y (51,94)³⁴. Cabe destacar que nuestro estudio se realizó más tardíamente que en el postparto, por lo tanto nuestra muestra tenía una mayor exposición de las madres a la experiencia de la lactancia. En países con tasas poblacionales de lactancia materna mucho mayores a la española se obtuvieron puntuaciones más altas como Canadá (M=55,8)³⁵ Brasil (M=63,6)³⁶ y Turquía (M=60)³⁷ en cambio en países con tasas de lactancia inferiores a la española como China (M=41,1)³⁹ o Japón (M=47,7)³⁹ se obtuvieron puntuaciones medias más bajas. Por otra parte en estudios realizados en Europa se presentaron puntuaciones medias algo superiores que al de nuestro estudio. Polonia (M=55,5)⁴⁰ y Croacia (M=55)⁴¹.

Cabe destacar que los colectivos con mayor puntuación son los contrarios a los que en el cuestionario PBSES habían demostrado mayor autoeficacia ante la LM. Es un importante dato a destacar ya que todo apunta a que esta variación pueda venir determinada por la sociedad, estilo de vida y trabajo; mujeres mayores de 35 años, con estudios superiores, ocupadas, y que hayan asistido a cursos son la que menos puntuación obtienen debido a que combinar trabajo con la lactancia materna en nuestra sociedad actual es bastante complicado. Además mujeres con mayor conocimiento en relación al tema muestran mayor preocupación debido a que les surgen mayor número de dudas derivando, en la mayoría de los casos, a la solución más rápida, que es el abandono de la LM.

En relación a las preguntas de esta fase, el seguimiento de LM a las 6 semanas fue del 76,6% porcentaje mayor al 66,2% revelado en otro estudio realizado en el ámbito nacional¹³.

Los problemas que reportan las encuestadas son similares a los que apuntaban en 1999 las encuestadas en otro estudio realizado en el centro-norte peninsular¹⁴. La creencia de hipogalactia, la escasa ganancia ponderal y el trabajo maternos tienen porcentajes similares, en cambio en nuestro estudio, la falta de

información, como causa que no se contempla en el estudio citado, es una de las más señaladas como problema seguido del cansancio/ consumo de demasiado tiempo.

La pregunta dedicada a las “Doulas” en relación con la queja del colectivo de matronas, apoyado por el Consejo General de Enfermería (CGE) que durante el transcurso del estudio denunció ciertas prácticas recoge un alto grado de conocimiento sobre que son (72%) pero un bajo porcentaje contactó con ellas (2,2%), no tenemos datos con los que podamos comparar estos resultados a otros territorios.

La pregunta sobre valoración personal de la entrevistadora, en la cual la puntuación obtenida fue de un 9,5, es una enorme satisfacción para seguir con el estudio de la lactancia materna en este y otros campos y con la promoción de hábitos saludables en general.

BANCO DE LECHE

Los resultados correspondientes a las cuestiones sobre el banco de leche, se presentan a continuación.

A la pregunta: ¿Tiene usted alguna información acerca de los bancos de leche? El 67% declaró que no, un 32% si que tenía alguna información.

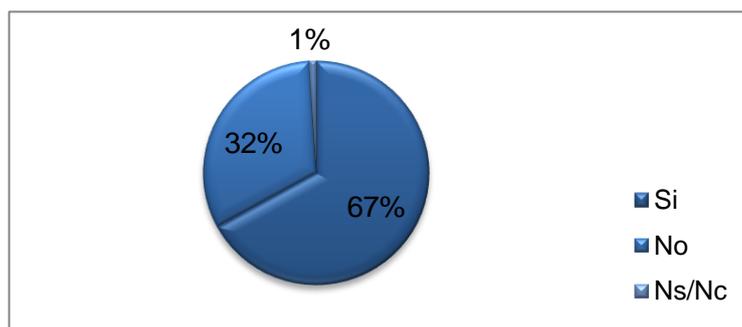


Figura2: Información sobre el banco de leche

El medio de comunicación por el que mayor número de mujeres (12%) recibieron información fue a través personal sanitario, seguido de un 8% que recibieron la información por prensa, el 3% que lo hicieron por internet, otro 3% que

habían recibido por varios medios y un 2% cada uno en televisión, radio y otros, todos estos porcentajes constituyen el 32% que declaró tener información al respecto.

A la pregunta sobre si creían que eran necesarios los bancos de leche. Un 68% contestó que sí, y un 32% declaró que no sabía.

Una vez realizadas las preguntas anteriores se les explico debidamente a las madres la información necesaria para comprender la importancia de los bancos de leche y el inicio del banco de leche regional de Castilla y León.

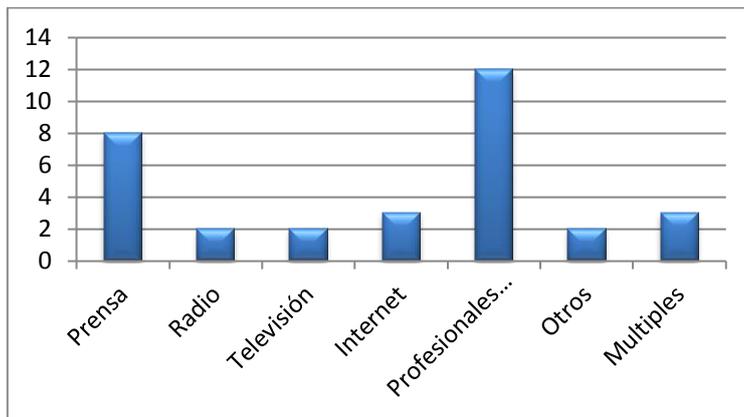


Figura3: Medio de información

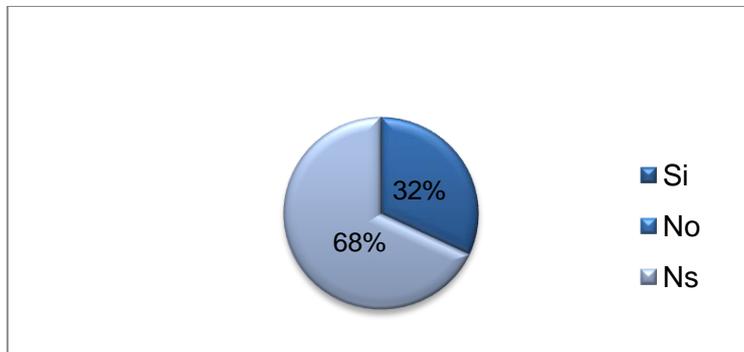


Figura 4: Necesidad de tener bancos de leche

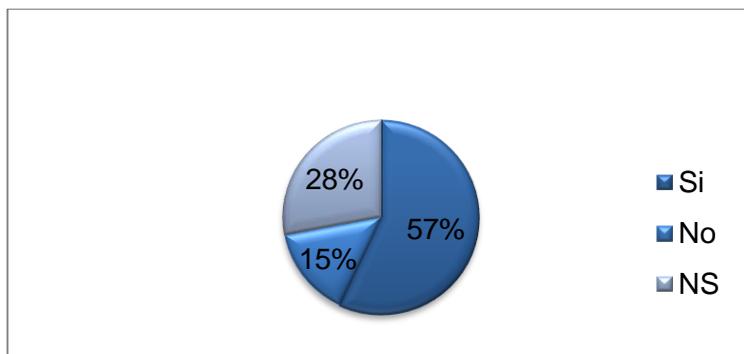


Figura 5: Disposición a donar

De las 100 mujeres entrevistadas el 57% declaró su disposición a donar, el 28% no sabía y el 15% contestó que no.

DISCUSIÓN BANCO DE LECHE

No hay estudios realizados en España acerca del conocimiento sobre los bancos de leche con los que podamos comparar nuestros datos a nivel nacional, tampoco se encuentran estudios parecidos a nivel internacional.

Un alto porcentaje (67%) de nuestra muestra, desconocía lo que eran los bancos de leche humana, todas estas mujeres estaban relacionadas con la lactancia, por razones obvias, lo que nos hace pensar que si extrapolásemos el estudio a población general el porcentaje de desconocimiento sería aún mucho mayor en relación a la población estudiada.

VI. CONCLUSIONES

1. La proporción de mujeres con intención de alimentar a sus hijos con lactancia materna exclusiva es del 88%. A las 6 semanas este porcentaje se había reducido al 66%
2. Las tres escalas utilizadas para evaluar actitudes y eficacia percibida en relación con la lactancia materna, tienen una elevada fiabilidad y consistencia interna, comparables a las de otros estudios similares.
3. Existe una actitud moderadamente favorable hacia la lactancia materna, que es significativamente superior en mujeres menores de 35 años, con experiencia anterior de lactancia materna exclusiva y estudios superiores.
4. Las mujeres estudiadas, tienen una muy elevada percepción de autoeficacia, nada más iniciarla, en relación a la lactancia materna sin que hayamos identificado ningún factor que influya significativamente en la misma
5. Los niveles de autoeficacia percibida disminuyen a las seis semanas de iniciada la lactancia materna, especialmente en mujeres mayores de 35 años, ocupadas y con experiencia de asistencia a cursos de formación.
6. Es necesario incrementar los esfuerzos de formación en relación a la lactancia materna y muy especialmente una vez iniciada la misma.
7. Un elevado porcentaje de mujeres carecían de información sobre el banco de leche en el momento de realizar el estudio y poco más de la mitad manifiestan su disposición a donar leche, incluso después de recibir la información sobre el mismo.

CONCLUSIONES GENERALES Y PROSPECTIVA

Como conclusión general de este estudio podemos afirmar la necesidad de apoyo a las madres después del parto y en particular, en relación con la lactancia materna. La incorporación de personal cualificado, en el sistema nacional de sanidad, que ayude a las madres a resolver dudas y problemas reduciría el abandono de la

lactancia materna. Por otro lado políticas sociales afines a incorporar la lactancia en el ámbito laboral ayudarían a conciliar el amantamiento con la vida laboral.

En relación al banco de leche los datos obtenidos revelan la necesidad de fomentar y divulgar el conocimiento acerca de su funcionamiento y su finalidad, por distintos medios de comunicación, promocionando la importancia de su uso y animando a las mujeres a su donación.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Florencia: WHO, 1990. Adoptada por la 45.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992 (resolución WHA 45.33).
2. 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
3. Aizpurua Galdeano P. Efectos de la lactancia materna sobre la salud de las madres y de los lactantes en países desarrollados. *Evid Pediatr.* 2008;4:45. Traducción autorizada de: Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries University of York. Centre of Reviews and Dissemination (CRD). Database of Abstracts of Review of Effects (DARE)
4. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2011;128:103-10. D.O.I.: 10.1542/peds.2010-3000.
5. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D *et al.* Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2007;(153):1-186.
6. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breast feeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics.* 2010;125:e1048-56. D.O.I.: 10.1542/peds.2009-1616.
7. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics.* 2007;119:e837-42
8. Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995.
9. Curso experto en Lactancia Materna. Universidad CEU Madrid. 2015.
10. <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>
11. WHO. Contemporary patterns of breastfeeding: report on the WHO collaborative study on breastfeeding. Ginebra: WHO, 1981.
12. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. Informe de la Secretaría. Ginebra: 55.^a Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002. A55/15. Disponible en: <http://www.who.int/gb/eb-waha/pdf/waha55/ea5515.pdf>
13. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 INE-MSSSI
14. L.M^a Barriuso Lapresa, F. Sánchez-Valverde Visus, C. Romero Ibarra, J.C. Vitoria Comerzana. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 1999;50:237-243. VOL. 50 N^o 3, 1999
15. A.M. Sacristán Martínez, J.E. Lozano Alonso, M. Gil Costab, A.T. Vega Alonso, Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* v.13 n.49 Madrid ene.-mar
16. <http://www.aebhl.org/que-es/>
17. O. García-Algar y C.R. Pallás-Alonso. Sobre bancos de leche humana y lactancia materna. *An Pediatr (Barc).* 2012;76(5):247---249.

18. Breastfeeding and the use of human milk. Policystatement. Pediatrics. 2005;115:496---506.
19. Declaración de la Asociación Europea de Bancos de leche (EMBA)
20. N.R. García-Laraa, O. García-Algar, C.R. Pallás-Alonso Human milk banks and breastfeeding. An Pediatr (Barc). 2012;76(5):247---249
21. Vázquez Román S, Alonso Díaz C, Medina López C, Bustos Lozano G, Martínez Hidalgo MV, Pallás Alonso CR. Puesta en marcha del banco de leche materna donada en una unidad neonatal. An Pediatr (Barc). 2009;71:343---8.
22. <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-promocion-lactancia-materna/banco-leche-materna-castilla-leon/informacion-banco-leche-castilla-leon>
23. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. Comité de Lactancia materna de la asociación Española de Pediatría. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc) 2005; 63: 340-5
24. Yen-Ju Ho and Jacqueline M. McGrath. A review of the Psychometric Properties of Breastfeeding Assessment tools. JOGNN. 2010;39;4.386-400.
25. Bandura, A. (2001) Guía para la construcción de Escalas de Autoeficacia. (versión revisada). EEUU: Universidad de Stanford
26. De la mora, A., & Rusell, D.W. (1999). The Iowa Infant Feeding Attitude. Scale: Analysis of reliability and validity. Journal of Applied Social Psychology, 29 (11), 2362-2380
27. Dennis, C. L. & Faux, S. (1999) Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Res Nurs Health. 22(5):399-409.
28. Llopis-Rabout-Coudray M, López-Osuna C, Durá-Rayó M, Richart-Martínez M, Oliver-Roig A. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. Matronas Prof 2011; 12: 3-8.
29. Rosa María Piñeiro-Albero, Juan Diego Ramos-Pichardo, Antonio Oliver-Roig correspondence email, Antonio Velandrino-Nicolás, Miguel Richart-Martínez, Ricardo García-de-León-González, Et al. The Spanish version of the Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale: Reliability and validity assessment. Nursing studies. October 2013 Volume 50, Issue 10; 1385–1390
30. George, D. y Mallery, P. (2003). *spss for Windows step by step: A Simple Guide and Reference. 11.0 Update* (4.ª ed.). Boston: Allyn & Bacon.
31. Wells KJ¹, Thompson NJ, Kloeblen-Tarver AS. Development and psychometric testing of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale. Am J Health Behav. 2006 Mar-Apr;30(2):177-87.
32. Álvaro Jácome, Ricardo Jimenez. Validación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale. Pediatría. 2014 Vol. 47. Núm. 04.
33. T.D. Marco Alegría, D. Martínez Martínez, M.J. Muñoz Gómez, I. Sayas Ortiz, A. Oliver-Roig, M. Richart-Martínez. the Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF). Anales del sistema sanitario de Navarra. 2013/12.37.2; 203-211
34. Piñeiro-Albero RM, Ramos-Pichardo JD, Oliver-Roig A, Velandrino-Nicolás A, Richart-Martínez M, García-de-León-González R, Wells KJ . The Spanish version of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale: reliability and

- validityassessment. International journal of nursing studies [2013 Oct;50(10):1385-90]
35. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG [2003 Nov-Dec;32(6):734-44]
 36. Zubaran C, Foresti K, Schumacher M, Thorell MR, Amoretti A, Müller L, Dennis CL. The Portuguese version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-ShortForm. Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association [2010 Aug;26(3):297-303]
 37. Aluş Tokat M, Okumuş H, Dennis CL Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. Midwifery [2010 Feb;26(1):101-8]
 38. Ip WY, Yeung LS, Choi KC, Chair SY, Dennis CL. Translation and validation of the Hong Kong Chinese version of the breastfeeding self-efficacy scale-shortform. Research in nursing & health [2012 Oct;35(5):450-9]
 39. Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG [2008 Sep-Oct;37(5):546-55]
 40. Wutke K, Dennis CL. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. International journal of nursing studies [2007 Nov;44(8):1439-46]
 41. Pavicic Bosnjak A, Rumboldt M, Stanojevic M, Dennis CL. Psychometric assessment of the croatian version of the breastfeeding self-efficacy scale-shortform. Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association [2012 Nov;28(4):565-9]

VIII. ANEXOS

1. Carta de participación
2. Consentimiento informado
3. Datos sociodemográficos, obstétricos y periparto
4. Cuestionario PBSES-e
5. Cuestionario IIFAS
6. Preguntas sobre el banco de leche
7. Cuestionario BSES-SF
8. Preguntas relacionadas con la lactancia
9. Título del curso de Experto en lactancia materna

Queridas madres:

¡Felicidades por su bebé!

Con esta carta queremos pedirle su participación en nuestro estudio de nutrición sobre alimentación infantil.

Esperamos aprender sobre cómo las actitudes maternas afectan la elección de la alimentación para su bebé.

Si decide participar en el proyecto, tendrá que completar una encuesta antes de ir a casa. También se le pedirá que proporcione su nombre y número de teléfono en un formulario separado para que podamos contactar con usted en relación a cómo va la alimentación de su bebé en las próximas semanas.

Sólo utilizaremos su nombre y número de teléfono para ponerse en contacto con usted, nadie más que el personal del estudio tendrá acceso a sus datos.

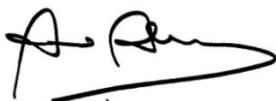
Su decisión, si desea o no participar, no afectará la atención que reciba durante su estancia hospitalaria.

Si decide participar, tampoco está obligado a responder a todas las preguntas, y puede parar en cualquier momento o negarse a participar en las llamadas telefónicas, que sólo haremos una o dos veces una vez que vaya a casa.

Muchas gracias por ayudarnos con este estudio.
Un cordial saludo.

Este proyecto está tutorizado por:

Ana Almaraz Gómez



Catedrática, Dpto. Salud Pública

Universidad de Valladolid

Carmen María Samaniego Fernández



Médico Adjunto, Servicio Pediatría

Hospital Universitario Río Hortega

La participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Si usted está dispuesto a colaborar, firme aquí su autorización:

Yo,.....,

como padre/madre de.....

doy mi autorización para el empleo de los datos de esta encuesta, y de las siguientes encuestas telefónicas.

Valladolid, a..... 2015

Nº ENCUESTA:

Nº HISTORIAL:

Nº CAMA

FECHA:

TELEFONO:

Datos de la madre:

- Edad:
- Nacionalidad: Española (1) Otra (2)
- Estado civil: Soltera (1) Casada (2) Divorciada/Separada (3)
Viuda (4) Pareja de hecho (5)
- Estudios terminados: (Nivel máximo)
- Profesión:
- Actualmente : Trabajando(1) Desempleado(2)
Estudiando(3)
- Número de hijos:
- Orden que ocupa este:
- Tipo de parto: Normal (1) Instrumental (2) Cesárea(3)
- Asistencia a cursos de preparación al parto: Sí (1) No(2)
- Tipo de lactancias anteriores: Materna (1) Fórmula (2)
Mixta (3)
- Duración lactancia anteriores :
- Qué tipo de lactancia tiene pensado proporcionar a su hijo
Materna (1) Fórmula (2) Mixta (3)
- Durante cuánto tiempo:
- Motivo de su elección: Salud (1) Laborales (2) Familiares(3)
Otros (4)

Datos del recién nacido:

- Talla:
- Peso:
- Edad gestacional:
- Parto:

ANEXO 4: Cuestionario PBSES

Por favor, muestre su grado de aceptación de las siguientes afirmaciones indicando: TA (Totalmente de acuerdo) A (De acuerdo) N (Neutro) D (desacuerdo) TD (Totalmente en desacuerdo)

		Nada en segura (1)	Poco segura (2)	Seguro (3)	Muy segura (4)	Completa mente segura (5)	
1.	Puedo encontrar la información que necesito sobre los problemas que tengo dando pecho a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS	
2.	Puedo encontrar la información que necesito saber sobre dar el pecho a mi bebé	NS	PS	S	MS	CS	
3.	Sé a quién preguntar si tengo alguna duda sobre dar pecho a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS	
4.	Puedo hablar con mi pareja sobre dar el pecho a mi bebé	NS	PS	S	MS	CS	
5.	Puedo hablar con mi médico, matrona o enfermera sobre dar el pecho a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS	
6.	Puedo organizar mi día, en base a dar el pecho a mi bebé.	NS	PS	S	MS	CS	
7.	Puedo sacar tiempo para dar el pecho a mi bebé incluso cuando estoy ocupada en otras cosas.	NS	PS	S	MS	CS	
8.	Puedo dar el pecho a mi bebé incluso cuando estoy cansada	NS	PS	S	MS	CS	
9.	Puedo dar el pecho a mi bebé cuando estoy alterada	NS	PS	S	MS	CS	
10.	Puedo utilizar un sacaleches para obtener leche	NS	PS	S	MS	CS	
11.	Puedo preparar leche materna para que otros puedan alimentar a mi bebé	NS	PS	S	MS	CS	
12.	Puedo dar el pecho a mi bebé incluso si me causa alguna pequeña molestia	NS	PS	S	MS	CS	
13.	Puedo dar el pecho a mi bebé sin sentir vergüenza alguna	NS	PS	S	MS	CS	
14.	Puedo dar el pecho a mi bebé cuando mi pareja está conmigo	NS	PS	S	MS	CS	
15.	Puedo dar el pecho a mi bebé cuando mi familia o mis amigos están conmigo	NS	PS	S	MS	CS	
16.	Puedo dar el pecho a mi bebé rodeada de gente que no conozco	NS	PS	S	MS	CS	
17.	Puedo llamar a un experto en lactancia en caso de tener problemas al dar el pecho	NS	PS	S	MS	CS	
18.	Puedo elegir dar el pecho a mi bebé incluso si mi pareja no quiere que lo haga	NS	PS	S	MS	CS	
19.	Puedo elegir dar el pecho a mi bebé incluso si mi familia no quiere que lo haga	NS	PS	S	MS	CS	
20.	Puedo dar el pecho a mi bebé durante un año	NS	PS	S	MS	CS	

		Totalment en desacuer do (1)	En Desacuer do (2)	Neutro/ No estoy seguro (3)	De acuerdo (4)	Totalment e De acuerdo (5)	
1.	Los beneficios de la leche materna solo duran hasta que el bebé es destetado.	TD	D	N	A	TA	
2.	La leche artificial es más adecuada que la leche materna.	TD	D	N	A	TA	
3.	La lactancia materna incrementa el vínculo madre-hijo.	TD	D	N	A	TA	
4.	La leche materna es deficiente en hierro	TD	D	N	A	TA	
5.	Los bebés alimentados con leche artificial son más propensos de ser sobrealimentados que los bebés con leche materna.	TD	D	N	A	TA	
6.	La leche artificial es la mejor opción si la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar.	TD	D	N	A	TA	
7.	Las madres que usen leche artificial se perderán una de las mayores alegrías de la maternidad.	TD	D	N	A	TA	
8.	Las mujeres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos tales como restaurantes	TD	D	N	A	TA	
9.	Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés alimentados con leche artificial.	TD	D	N	A	TA	
10.	Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los de leche artificial.	TD	D	N	A	TA	
11.	Los padres se sienten dejados de lado si la madre decide dar el pecho al niño.	TD	D	N	A	TA	
12.	La leche materna es el alimento ideal para los bebés.	TD	D	N	A	TA	
13.	La leche materna es más fácil de digerir que la leche artificial.	TD	D	N	A	TA	
14.	La leche artificial es tan saludable para el bebé como la leche materna.	TD	D	N	A	TA	
15.	La leche materna es mejor que la leche artificial.	TD	D	N	A	TA	
16.	La leche materna es más barata que la leche artificial.	TD	D	N	A	TA	
17.	Una madre que ocasionalmente beba alcohol no debería amantar a su bebé.	TD	D	N	A	TA	

Preguntas sobre el Banco de leche:

1. ¿Tiene usted alguna información sobre los bancos de leche?

Si (1) / No (2)

2. ¿Qué fuente de información?

Prensa (1)/ radio (2)/ Televisión (3)/ Internet (4)/ Profesionales
sanitarios (5)/ Otros (6)

3. ¿Cree que son necesarios los bancos de leche?

Si (1)/ No (2)/ No lo sé (3)

4. ¿Estaría dispuesta a donar su leche?

Si (1)/ No (2)/ No lo sé (3)

		Nada en absoluto (1)	En absoluto (2)	Neutro/ No estoy seguro (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)	
1.	Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche.	NA	A	N	CS	S	
2.	Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida	NA	A	N	CS	S	
3.	Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento	NA	A	N	CS	S	
4.	Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma	NA	A	N	CS	S	
5.	Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí	NA	A	N	CS	S	
6.	Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando	NA	A	N	CS	S	
7.	En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé	NA	A	N	CS	S	
8.	Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia	NA	A	N	CS	S	
9.	Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí	NA	A	N	CS	S	
10.	Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo	NA	A	N	CS	S	
11.	Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro	NA	A	N	CS	S	
12.	En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé	NA	A	N	CS	S	
13.	Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide	NA	A	N	CS	S	
14.	Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no	NA	A	N	CS	S	

1- Después de estas semanas, ¿Sigue con la lactancia materna?

SI (1)/ NO (2)

2- ¿Cuál es el mayor problema que ha encontrado en estas semanas respecto a la lactancia?

- Problema 1

- Problema 2

3- ¿Sabe o conoce lo que son las “DOULAS”? ¿Contacto con alguna durante o después del embarazo?

SI (1)/ NO (2)

SI (1) / NO (2)

4- Valoración sobre el estudio y sobre el entrevistador. (1-10)



miríada X



18-03-2015

Noelia Lázaro Melero

Ha participado en el siguiente curso de la Universidad CEU Cardenal Herrera:

Lactancia materna



Desde una perspectiva multidisciplinari, el alumno accede a la actualización de los conocimientos científicos, así como a las técnicas y estrategias que hacen posible una lactancia exitosa, incluso en situaciones de especial complejidad o dificultad. El prestigio profesional y experiencia del claustro de profesores asegura disponer de la información de rigor, actualidad e interés en cada materia.

Duración del curso: 7 semanas (28 horas de estudio estimadas)

miríada X

uni>ersia

Telefónica Learning Services

Este documento ha sido emitido a favor del usuario registrado en Miríada X bajo el anterior nombre y apellidos, y no implica reconocimiento de que sea estudiante matriculado/a en la universidad responsable del curso en Miríada X. Tampoco se le están reconociendo créditos, ni concediendo títulos, grados o acreditaciones de ningún tipo por parte de dicha universidad.

Identificador: 582971bb-931b-4c5e-90e2-0bfdd83b7aa2