



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



El abandono prematuro de la lactancia materna:
incidencia, factores de riesgo y estrategias de
protección, promoción y apoyo a la lactancia

Antonio Oliver Roig

Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE

TESIS DOCTORAL

El abandono prematuro de la lactancia materna:
incidencia, factores de riesgo y estrategias de
protección, promoción y apoyo a la lactancia



Antonio Oliver Roig

Bachelor in Nursing

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universidad de Alicante
Departamento de Enfermería

Alicante, 2012



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Departament d'Infermeria
Departamento de Enfermería

Título de la Tesis:

El abandono prematuro de la lactancia materna:
incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección,
promoción y apoyo a la lactancia.

Autor:

Antonio Oliver Roig. Bachelor in Nursing.

Directores:

Dr. Miguel Richart Martínez. Catedrático de Escuela
Universitaria. Departamento de Enfermería.

Dr. Julio Cabrero García. Catedrático de Escuela
Universitaria. Departamento de Enfermería.

El **Dr. Miguel Richart Martínez**, Catedrático de Escuela Universitaria del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante y Director del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante y el **Dr. Julio Cabrero García**, Catedrático de Escuela Universitaria.

CERTIFICAN:

Que **Don Antonio Oliver Roig**, ha realizado bajo su inmediata dirección y supervisión el trabajo titulado “el abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia” y habiendo sido terminado en esta fecha y revisado su contenido, se estima que reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor en Enfermería: Práctica y Educación por la Universidad de Alicante.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firman el presente certificado en Alicante a 19 de diciembre de 2011.

Dr. D. Miguel Richart Martínez

Dr. D. Julio Cabrero García



A Antonio Oliver Melchor, el meu pare.

A Pau Oliver Giner, el meu fill.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Agradecimientos.

Mi agradecimiento a los directores de la tesis, los doctores Miguel Richart y Julio Cabrero, por su confianza y apoyo continuo, tanto en lo científico como en lo personal. Gracias por vuestras propuestas, ideas y opiniones y por las interesantes conversaciones a la hora de comer.

Mi agradecimiento y recuerdo para la Dra. Caterina Lloret Carbó, que me ayudó al inicio de la tesis doctoral.

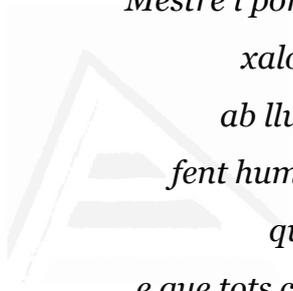
Mi agradecimiento y reconocimiento a mi querido amigo Ricardo García de León. Ricardo, gracias por el viaje más allá de las torres de marfil y los castillos formales.

Gracias también a Verónica por sus valiosas aportaciones, y a Fran, por su ayuda en la portada y contraportada.

El meu agraïment més sincer i emocionat per a Pilar, la meua estimada companya. Gràcies pel teu suport i l'ajuda per a poder realitzar els meus somnis.

Fuentes de financiación.

El estudio sobre el impacto en las tasas de lactancia materna de una intervención de mejora orientada a eliminar las prácticas hospitalarias que dificultan el inicio y mantenimiento de la lactancia materna (estudio 2), recibió financiación del Programa EMCA (Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia).



*“Veles e vents han mos desigs complir,
faent camins dubtosos per la mar.
Mestre i ponent contra d'ells veig armar;
xaloc, llevant, los deuen subvenir
ab llurs amics lo grec e lo migjorn,
fent humils precis al vent tramuntanal
que en son bufar los sia parcial
e que tots cinc complesquen mon retorn”*

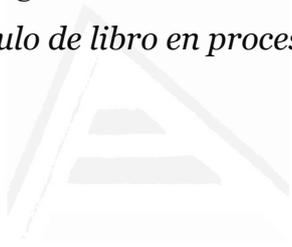
Universitat d'Alacant **Ausiàs March**
Universidad de Alicante

Índice de contenidos.

Listado de abreviaturas.	5
Índice de tablas y figuras.	7
Resumen.	9
Presentación.	15
Capítulo I: antecedentes.	19
1 La alimentación del lactante y niño pequeño. La lactancia materna.	21
2 El abandono prematuro de la lactancia materna. Implicaciones para la salud.	22
3 Consideraciones sobre la investigación del abandono prematuro de la lactancia materna.	24
4 Causas del abandono prematuro de la lactancia materna.	29
4.1 Factores del nivel individual.	30
4.1.1 Factores biofísicos.	30
4.1.2 Intención, actitudes, experiencia anterior y seguridad maternas.	31
4.1.3 La experiencia de la lactancia.	32
4.1.4 Características socio-demográficas de las mujeres.	33
4.2 Factores del nivel de relaciones y comunitario.	33
4.2.1 El hospital y los servicios de salud.	33
4.2.2 La comunidad, el entorno familiar y el entorno laboral. Las políticas de protección de la lactancia.	34
4.3 Factores del nivel social y cultural.	36
5 La protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.	37

Capítulo II: justificación y objetivos de la tesis doctoral.	43
Capítulo III: metodología.	49
1 Estudio 1: descripción del abandono prematuro de la lactancia materna y análisis de los factores relacionados.	51
2 Estudio 2: impacto sobre las tasas de lactancia materna de una intervención de mejora orientada a eliminar las prácticas hospitalarias que dificultan el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.	56
3 Estudio 3: adaptación cultural de una escala de autoeficacia para la lactancia materna.	61
4 Estudio 4: revisión bibliográfica sobre los factores relacionados con el abandono prematuro de la lactancia.	66
Capítulo IV: publicaciones que componen la tesis.	71
1 Estudio 1:	73
1.1 Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses (Artículo).	73
1.2 Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months (Artículo).	73
2 Estudio 2:	73
2.1 Becoming baby-friendly in Spain: a quality-improvement process (Artículo).	73
3 Estudio 3:	73
3.1 Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna (Artículo).	73
3.2 The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment (Artículo).	74

Capítulo V: resumen global y discusión de los resultados.	76
1 Principales hallazgos.	78
2 Fortalezas y limitaciones de la tesis.	82
3 Implicaciones para la práctica.	85
4 Implicaciones para la investigación.	88
Capítulo VI: conclusiones finales.	92
Referencias bibliográficas.	96
Anexos.	108
Anexo I: early breastfeeding cessation in infants: causes and solutions (<i>Capítulo de libro en proceso de revisión</i>).	110



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Listado de abreviaturas.

BFHI: *Baby-friendly Hospital Initiative*.

BSES-SF: *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form*.

CG: Criterios globales para la evaluación de la “*Baby-friendly Hospital Initiative*”.

Diez Pasos: Diez Pasos Para una Lactancia Exitosa de la “*Baby-friendly Hospital Initiative*”.

EAEAE: Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés.

EGA: Escala General de Autoeficacia.

El Código: Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

HVC: Hospital Virgen del Castillo de Yecla.

IC: Intervalo de confianza.

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (“*Baby-friendly Hospital Initiative*” en España).

LA: Lactancia Artificial.

LMComp: Lactancia materna completa.

LME: Lactancia materna exclusiva.

LMParc: Lactancia materna parcial.

LMPred: Lactancia materna predominante.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OR: Odds Ratio.

RN: Recién Nacido.

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

Índice de tablas.

Tabla 1.	Tipos de lactancia materna y definición.	28
Tabla 2.	Factores asociados al abandono prematuro de la lactancia.	29
Tabla 3.	Síntesis de la metodología de los estudios incluidos en la tesis doctoral.	69
Tabla 4.	Síntesis de resultados de los estudios incluidos en la tesis doctoral.	90

Índice de figuras.

Figura 1.	Modelo conceptual de los factores que afectan las prácticas de lactancia.	27
Figura 2.	Diez Pasos Para una Lactancia Exitosa.	42
Figura 3.	Diagrama de flujo del estudio 1, de descripción del abandono prematuro de la lactancia materna y análisis de los factores relacionados.	55
Figura 4.	Cronología del estudio 2: impacto sobre las tasas de lactancia materna de una intervención de mejora orientada a eliminar las prácticas hospitalarias que dificultan el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.	60

Resumen.

Antecedentes: las bajas tasas de inicio de la lactancia materna y la alta incidencia de abandono prematuro, existentes en la actualidad, tienen importantes implicaciones sociales y para la salud de la población. La protección, promoción y apoyo a la lactancia se ha considerado una prioridad de salud pública en Europa y es una de las líneas estratégicas en salud reproductiva en España.

Objetivos: el objetivo general de esta tesis doctoral es describir y explicar el fenómeno del abandono prematuro de la lactancia materna. Los objetivos específicos son: (i) identificar los momentos críticos de abandono de la lactancia materna completa (LMComp) y de abandono total de la lactancia materna a lo largo de un seguimiento de 6 meses; (ii) identificar los principales factores de riesgo para el abandono prematuro de la LMComp y el abandono total de la lactancia materna; (iii) describir el impacto sobre las tasas de lactancia materna de una intervención de mejora orientada a eliminar las prácticas hospitalarias que dificultan su inicio y mantenimiento, durante el proceso de implementación y tras éste en un área de salud española y; (iv) aportar herramientas, válidas y fiables en la población española, para la medición de las variables relacionadas con la experiencia y vivencia maternas de la lactancia, asociadas con el abandono prematuro.

Metodología: tesis por compendio de publicaciones. Se divide en cuatro estudios que han dado lugar a cinco publicaciones y un capítulo de libro, este último en proceso de revisión por pares.

Para describir el abandono prematuro de la lactancia y los factores relacionados y para determinar las características psicométricas de la versión española de la escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), sobre autoeficacia para la lactancia materna, se obtuvieron datos a partir de encuestas a diferentes muestras de mujeres seleccionadas mediante muestro no probabilístico, que habían sido atendidas en diversos hospitales de Alicante y que ofrecían lactancia materna tras el parto (n=270, n=150 y n=135).

Para determinar la evolución de las tasas de lactancia materna, antes durante y tras una intervención de mejora hospitalaria, basada en la *Baby-friendly Hospital Initiative* (BFHI), se obtuvieron datos sobre lactancia, entre el alta y los primeros siete meses de vida, de una muestra aleatoria de 1.273 niños nacidos en el hospital de Yecla entre 1997 y 2005, a partir de los registros clínicos y mediante una encuesta telefónica. Para evaluar la implementación de la BFHI, se realizaron una autoevaluación y dos evaluaciones externas.

Para la elaboración del capítulo de libro sobre el abandono prematuro de la lactancia y los factores relacionados, se incluyeron las publicaciones clave identificadas por el doctorando durante su trayectoria clínica y de investigación. Además, se incluyeron referencias obtenidas mediante una búsqueda bibliográfica mecanizada, en las principales bases de datos, y a partir de la revisión de la bibliografía citada en los artículos clave.

Los principales análisis estadísticos incluyeron: (i) la descripción de la duración de la lactancia materna y la densidad de incidencia de abandono de diferentes tipos de lactancia materna, mediante el análisis de supervivencia (método Kaplan-Meier), y (ii) el desarrollo de modelos de regresión de Cox para determinar las variables asociadas independientemente al abandono prematuro

de diferentes tipos de lactancia. (iii) Para determinar el impacto de la intervención de mejora de las actividades profesionales en el hospital, se realizó el cálculo de la proporción de niños amamantados por edad y las medianas de duración de la lactancia en las diferentes fases de la intervención. Se calcularon las Odds Ratio por edad de no recibir lactancia materna después de la intervención. (iv) Para la descripción de las características psicométricas de la BSES-SF, se utilizaron el Coeficiente α de Cronbach, las correlaciones ítem-total corregido, la estimación de α al eliminar el ítem, el análisis de componentes principales y el examen de las evidencias convergentes y divergentes.

Resultados: en el primer estudio, se obtuvo una mediana de LMComp de 120 días (intervalo de confianza [IC] del 95%, 111,17-128,83) y de duración total de lactancia materna de 171 días (IC del 95%, 151,40 a >180). La mediana de duración de la lactancia materna parcial fue de 30 días (IC del 95%, 19,49-40,51). El alta hospitalaria y el final de la prestación por maternidad fueron los momentos de mayor abandono para la muestra estudiada. El abandono de la LMComp y el de la lactancia materna están relacionados. Además, ambos se relacionaron con no haber amamantado anteriormente, una lactancia anterior ≤ 4 meses y una peor valoración de la experiencia anterior. El menor nivel de estudios se asoció con un mayor abandono de la lactancia y el uso de chupetes o suplementos de leche artificial ocasionales en el hospital con el abandono de la LMComp. La educación prenatal es un factor protector para la lactancia materna y la LMComp.

Respecto a la intervención de mejora hospitalaria del estudio 2, la mediana de duración de la lactancia aumentó gradualmente desde el inicio de la intervención. La probabilidad de ser amamantado de los niños nacidos en 2005,

según la edad, fue entre un 45% (OR 0,55; IC95%: 0,38-0,79) y un 86% (OR 0,14; IC95%: 0,09-0,2) mayor que la de los nacidos en 1997. El cumplimiento de los criterios de evaluación de la BFHI mejoró progresivamente hasta 2004, cuando se cumplieron todos los criterios evaluados.

La versión española de la escala BSES-SF, se obtuvo tras un estudio de dos fases. En la primera fase, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,79. Las mujeres con experiencia previa y con experiencia previa muy positiva en lactancia, con puntuaciones más altas en el ítem global de autoeficacia y con más hijos, tuvieron mayores puntuaciones en la versión española de la BSES-SF. Dos de los ítems (9 y 10) de la versión española presentaron correlaciones ítems-test corregidas $<0,30$, y saturaron por debajo de 0,30 al forzar la extracción a un factor en el análisis de componentes principales. Las puntuaciones de la escala al alta hospitalaria no guardaron relación con el estatus de lactancia a las 6 semanas posparto. En la segunda fase del estudio, tras repetir el proceso de traducción-retrotraducción, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92. Las mujeres con experiencia previa y con experiencia previa muy positiva en lactancia, con puntuaciones más altas en el ítem global de autoeficacia, con más hijos y que ofrecía lactancia materna exclusiva al alta, tuvieron mayores puntuaciones en la versión española de la BSES-SF. Además, las puntuaciones de la BSES-SF correlacionaron positivamente con otras escalas generales de autoeficacia. Los ítems de la BSES-SF traducida presentaban correlaciones ítems-test corregido $>0,30$ y la escala presentó una estructura unidimensional con niveles de saturación $>0,30$. Las puntuaciones de la escala al alta hospitalaria eran significativamente mayores entre las mujeres que ofrecieron lactancia materna exclusiva a las 3 semanas posparto.

Conclusiones: es necesario aumentar el apoyo a la lactancia tras el alta, especialmente a las madres que ofrecen lactancia materna parcial, y al reiniciar el trabajo remunerado. Además, constituyen grupos de riesgo las madres sin experiencia anterior, con poca experiencia o con experiencia anterior negativa y con menor nivel de estudios.

Las actividades profesionales incluidas en la BFHI influyen decisivamente sobre las tasas de lactancia. Las estrategias seguidas para la implementación de la BFHI en el hospital de Yecla, basadas en la participación de los grupos de interés, formación, auditoría y feed-back y provisión de nuevos recursos de apoyo fueron útiles para la implantación de la BFHI en un hospital español.

La versión española de la escala BSES-SF puede ser considerada como una medida válida y fiable de la autoeficacia de las madres para la lactancia materna en España.

Palabras clave: lactancia materna. Destete. Estudios de seguimiento. Incidencia. Factores Epidemiológicos. Autoeficacia. Validez. Fiabilidad. *Baby-friendly Hospital Initiative*.

Presentación:

Este documento corresponde a una tesis doctoral por compendio de publicaciones. Según la normativa de la Universidad de Alicante, este tipo de tesis doctorales debe incluir una síntesis en la que se presenten los objetivos, hipótesis y los trabajos presentados y se justifique la unidad temática. Esta síntesis debe incorporar, además, un resumen global de los resultados obtenidos, de la discusión de los resultados y de las conclusiones finales y deberá dar una idea precisa del contenido de la tesis.

Dado que el contenido principal de la tesis corresponde a las diferentes publicaciones que componen el compendio, se ha optado por un estilo sintético en la redacción del resto de apartados que la componen, y se insta al lector a consultar las publicaciones originales para una información detallada de los diferentes aspectos del discurso.

Este documento se estructura en los siguientes apartados:

En primer lugar, se presentan los **antecedentes** del problema del abandono prematuro de la lactancia en el ámbito internacional y en España, donde se incluye una síntesis de la dimensionalidad y las causas del problema, las recomendaciones internacionales y las principales intervenciones de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

A continuación se presenta la **justificación** y los principales **objetivos** de la tesis doctoral. Cada una de las publicaciones presenta objetivos concretos y proviene de diferentes proyectos de investigación, sin embargo, aquí se presenta

un esquema general que muestra la unidad temática de los diferentes estudios incluidos.

Seguidamente, se expone una síntesis de la **metodología** utilizada en los diferentes proyectos de investigación, la cual se ha resumido en cuatro estudios: descripción del abandono prematuro de la lactancia materna y análisis de los factores relacionados. (estudio 1); impacto sobre las tasas de lactancia materna de una intervención de mejora orientada a eliminar las prácticas hospitalarias que dificultan el inicio y mantenimiento de la lactancia materna (estudio 2); adaptación cultural de una escala de autoeficacia en lactancia materna (estudio 3); y revisión bibliográfica sobre los factores relacionados con el abandono prematuro de la lactancia materna (estudio 4).

Tras esta primera parte de la síntesis, se muestran las **publicaciones** surgidas de los diferentes estudios que conforman la tesis doctoral. Estas corresponden a cinco artículos científicos, dos de ellos publicados en revistas nacionales relacionadas con el ámbito de la enfermería y las matronas (referencias 1-2) y otros tres publicados en revistas internacionales incluidas en el Journal Citation Reports y situadas en los dos primeros tercios de su especialidad (referencias 3-5).

Entre las publicaciones incluidas en esta tesis, se encuentra un capítulo de libro sobre las causas del abandono prematuro de la lactancia materna y las intervenciones para la protección, promoción y apoyo (Anexos, página 110). El libro en el que se incluirá dicho capítulo, titulado *Nutrition in the Infant: Problems and Practical Procedures*, es parte de una serie de publicaciones (*Nutrition and Health series*) de la editorial *Humana Press (Springer Science+Business Media)* que, en el momento de presentar esta tesis doctoral,

se encontraba todavía en proceso de revisión por pares. Siguiendo la normativa de la Universidad de Alicante sobre las publicaciones de una tesis por compendio que se encuentran en periodo de revisión, el texto del citado capítulo se ha incluido en el apartado de Anexos.

Después de las publicaciones se desarrolla una síntesis de los **resultados** principales y una **discusión** de los mismos, considerando su aplicabilidad clínica y en la investigación. El cuerpo de la tesis finaliza con el capítulo de **conclusiones**.

Los apartados finales de este documento corresponden a las **referencias bibliográficas** utilizadas en los capítulos de la tesis y los documentos **anexos**. Las referencias bibliográficas se han reflejado en el texto mediante números entre paréntesis y se muestran en su apartado correspondiente según los requisitos de uniformidad del “*International Committee of Medical Journal Editors*” (Estilo Vancouver).

Universitat d’Alacant
Universidad de Alicante

Capítulo I:

Antecedentes.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1 La alimentación del lactante y niño pequeño. La lactancia materna.

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. En todo el mundo, las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes barreras para un desarrollo social y económico sostenibles y para la reducción de la pobreza (6).

Las prácticas inadecuadas de alimentación constituyen uno de los obstáculos más graves a los que se enfrentan los niños. Las intervenciones que promueven las prácticas óptimas de alimentación, están entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud en la niñez (7).

Durante los primeros años de vida, la lactancia materna es la forma natural y más sana de alimentación, debido a las implicaciones para la salud de las madres, los lactantes y los niños pequeños, a corto y largo plazo (8-9). Además, la lactancia materna conlleva beneficios sociales y económicos, tanto individuales como colectivos, por el ahorro del coste de la leche artificial, o por el descenso del absentismo laboral de los padres de niños amamantados y del coste del cuidado médico, atribuibles al menor riesgo de enfermedades infantiles (8, 10-11).

A diferencia de las leches artificiales, la leche materna no es tan sólo un alimento, sino más bien un fluido nutritivo complejo y vivo que, además de nutrientes específicos de nuestra especie, contiene diferentes factores anti-infecciosos, enzimas y hormonas, necesarios para un desarrollo y crecimiento óptimos del ser humano (12). Sólo en circunstancias excepcionales, está

indicado que un lactante no reciba la leche de su madre. En esos casos, debería ser posible escoger entre las mejores alternativas, que incluyen ofrecer leche extraída de la propia madre, leche materna de una nodriza sana o de un banco de leche humana, o un sucedáneo de leche materna (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante los seis primeros meses de vida y con alimentos complementarios adecuados hasta los dos años de edad o más (7). El gobierno de España ha asumido esta recomendación (13-14), lo que representa un gran reto para nuestro sistema de salud y de protección a la maternidad y crianza, atendiendo a las tasas de lactancia materna en este país, que han permanecido bajas durante décadas (15).

2 El abandono prematuro de la lactancia materna. Implicaciones para la salud.

Durante el pasado siglo, las tasas de lactancia disminuyeron drásticamente en todo el mundo, especialmente en los países desarrollados (16). Aunque desde los años 90 existe una tendencia hacia la mejora de las tasas de lactancia en muchas regiones del mundo (16-18), actualmente pocas mujeres amamantan de forma exclusiva durante los primeros meses posparto y muchas abandonan precozmente la lactancia materna, incluso en sociedades donde ésta sigue siendo la norma (19-20).

A pesar de las dificultades para la interpretación de los datos sobre lactancia de diferentes países, también puede afirmarse que sólo una minoría de lactantes europeos es amamantada según las recomendaciones de organismos internacionales y de las principales organizaciones profesionales (21). En

España, la duración de la lactancia materna decreció considerablemente desde los años 60 del siglo XX, alcanzando valores mínimos en los años 70 (22). Aunque en los años 90, se inició un discreto aumento de la duración de la lactancia en nuestro país (22), actualmente el 61% de los niños no recibe ya leche materna a los seis meses de vida (23).

Existe un efecto dosis-respuesta entre la leche materna y la salud humana. No solo el inicio, sino también la exclusividad y la duración de la lactancia materna tienen un efecto sobre la salud (24). Tanto en los países en desarrollo (19) como en los industrializados (9), una menor duración de la lactancia materna exclusiva o el abandono prematuro de la lactancia implican un aumento significativo del riesgo de enfermedades infecciosas y crónicas relacionado con la lactancia artificial (LA).

En los países en desarrollo (25-26), donde el 35% de las muertes ocurridas en la niñez están relacionadas con la desnutrición (19), o en situaciones de emergencia humanitaria (27), las consecuencias de la suplementación con leche artificial y especialmente el abandono prematuro de la lactancia son mucho peores que en los países desarrollados. Se trata de contextos con bajas tasas de vacunación, contaminación del agua de bebida y reducción de la inmunidad debido a la desnutrición. Se estima que las prácticas subóptimas de lactancia suponen, en estos países, el 12% de las muertes en niños menores de 5 años (1,4 millones de muertes al año) y el 10% de la morbilidad (19).

En estudios llevados a cabo en países industrializados, una menor duración de la lactancia materna completa (LMComp) o LME se ha asociado a un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales, hospitalización como resultado de infecciones durante el primer año de vida, dermatitis atópica y síndrome de

muerte súbita del lactante (9, 11, 28). Además, en los niños amamantados durante periodos más cortos de tiempo se ha descrito un mayor riesgo de infecciones y hospitalización, síndrome de muerte súbita del lactante, cáncer linfático infantil, diabetes tipo 1, asma, enterocolitis necrotizante en lactantes prematuros, obesidad en la adolescencia y en la edad adulta e hipertensión arterial y diabetes tipo 2 en el adulto (9, 28-29).

En relación con la salud de las madres, la lactancia se ha asociado con beneficios a corto plazo, como la reducción del riesgo de hemorragia posparto y de depresión posparto; y a largo plazo, con la reducción del riesgo de cáncer de ovario y mama y de diabetes tipo 2 (9, 30). Además, la lactancia exclusiva o completa es un método de control efectivo de la natalidad durante los primeros meses posparto, disponible para poblaciones con difícil acceso a otros métodos anticonceptivos (30-31).

3 Consideraciones sobre la investigación del abandono prematuro de la lactancia materna.

Las decisiones de las mujeres relacionadas con la lactancia forman parte de un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores que han sido descritos en numerosas publicaciones científicas (30, 32-34). A pesar de la gran cantidad de información disponible, existen ciertas limitaciones que afectan a gran parte de la investigación sobre el abandono prematuro de la lactancia y las actividades de protección, promoción y apoyo, que deben ser tenidas en cuenta en el desarrollo de nuevos estudios científicos sobre el tema. Estas limitaciones incluyen la focalización de los estudios en los atributos de las madres o en un número muy reducido de factores de riesgo, la falta de un marco teórico que

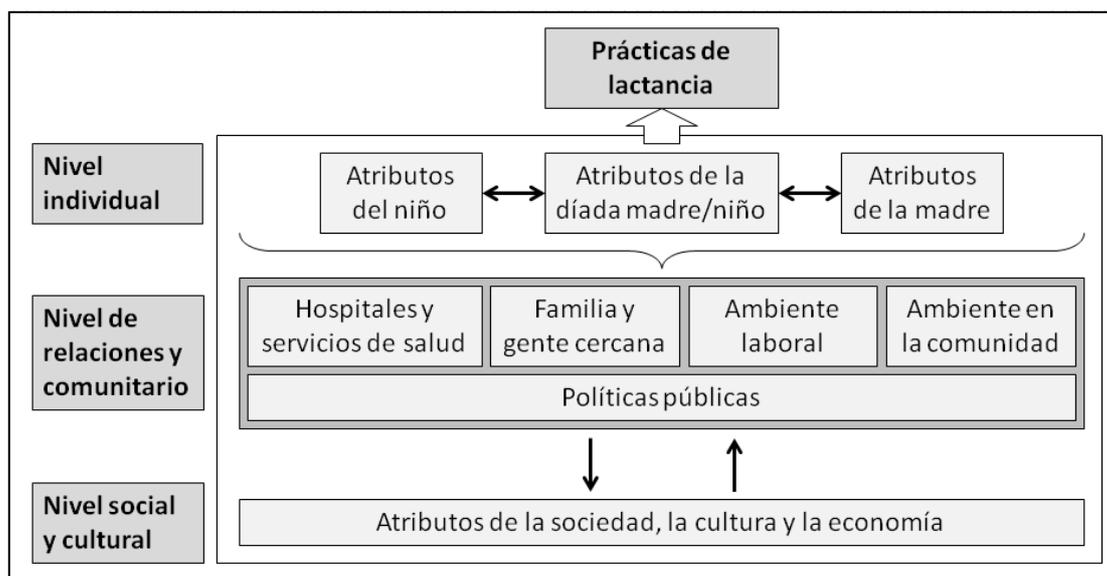
permita una comprensión global de la interacción entre los diferentes factores y el uso de indicadores de resultado no estandarizados (35).

La focalización de la investigación en los atributos de las madres, con estudios que se centran principalmente en preguntar a las mujeres los motivos para abandonar la lactancia, permite obtener descripciones sobre cómo las mujeres justifican sus decisiones, pero no consigue explicar el problema en profundidad. Las mujeres podrían tener dificultades para identificar los aspectos ambientales o socioculturales que les influyen y que pueden considerar “normales”, como por ejemplo los estilos de lactancia desfavorables o la ausencia de una estructura de apoyo adecuada. Además, durante el transcurso de una encuesta, las mujeres podrían no ser capaces de sintetizar su experiencia o dar respuestas basadas en lo que es socialmente aceptable (35-36).

Los estudios que se centran en un número muy reducido de factores de riesgo podrían aportar datos sesgados sobre el problema, dado que un solo factor de riesgo o de un grupo reducido de ellos no se relaciona necesariamente con el abandono de la lactancia, siempre que existan suficientes factores favorecedores de la misma (37). Así pues, dado que el abandono de la lactancia suele ser debido a una combinación de factores que actúan conjuntamente, lo más adecuado es que el estudio de sus causas incluya un abordaje amplio. El análisis de las causas del abandono prematuro de la lactancia debería incluir, además de los aspectos relacionados con la toma de decisiones de las mujeres, la influencia de la relación entre las personas y grupos, incluyendo las intervenciones de promoción de la salud, los servicios de salud y su contexto, además de las características de la sociedad, la cultura y la economía que les influye (35).

La falta de un marco teórico que permita definir la relación entre los principales factores relacionados con el abandono prematuro de la lactancia, presente en la mayoría de publicaciones existentes, dificulta la identificación de los factores relevantes para el diseño de los programas (35). Uno de los marcos conceptuales propuestos para solventar este problema es el modelo ecológico humano (38), basado en los estudios sobre la relación de los factores contextuales y los individuales, que define el comportamiento como el producto de muchos niveles de influencia. Este modelo ha sido propuesto por diversos autores como una herramienta conceptual útil para ayudar a distinguir entre los innumerables factores que influyen en las prácticas de lactancia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan (35, 39-41). Se han propuesto tres niveles de factores relacionados con las prácticas de lactancia (35): (i) el nivel individual se refiere a las características de la díada madre-niño, e incluye los factores más cercanos a las decisiones maternas y las prácticas de lactancia, como los aspectos clínicos, psicológicos o la historia personal. (ii) El nivel de relaciones y comunitario incluye factores del ambiente externo donde se encuentran las mujeres y sus hijos y se relacionan con otros. Se incluyen las características de la familia, el vecindario, el hospital y otros servicios de salud o el lugar de trabajo materno. (iii) El nivel social y cultural se refiere a factores vinculados al contexto más global, relativos a la estructura de la sociedad, que influyen en la aceptabilidad y expectativas sobre la lactancia. Incluye factores tales como las normas culturales relativas a la lactancia, maternidad y paternidad, el rol de mujeres y hombres en la sociedad, las normas culturales sobre la sexualidad o la importancia económica de los sucedáneos de la leche materna y los alimentos complementarios en el sistema de alimentación (figura 1).

Figura 1. Modelo conceptual de los factores que afectan las prácticas de lactancia*.



* Adaptado de Hector D, King L, Webb K, Heywood P. Factors affecting breastfeeding practices: applying a conceptual framework. NSW Public Health Bull. 2005 Mar-Apr; 16(3-4):52-5.

Por último, la definición de las prácticas de lactancia es uno de los problemas que dificultan la interpretación y comparación de los estudios sobre la duración de la lactancia materna (20, 32). Para esta síntesis y en las publicaciones que componen el compendio, se han utilizado definiciones de los tipos de lactancia (tabla 1) consistentes con las propuestas por la OMS (42). El término "lactancia materna" ha sido utilizado para cualquiera de las prácticas de lactancia en las que el niño recibe alguna cantidad de leche materna.

Tabla 1. Tipos de lactancia materna y definición⁴²⁻⁴³.

Lactancia materna exclusiva (LME).	El lactante recibe solamente leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). No ingiere ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua. Puede recibir, también, gotas o jarabes de vitaminas o medicinas.
Lactancia materna predominante (LMPred).	El lactante recibe leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer) como principal fuente de alimento. Puede recibir agua, infusiones, zumos de fruta, sales de rehidratación oral, líquidos rituales y gotas o jarabes de vitaminas o medicinas. No recibe leche artificial ni ningún otro alimento.
Lactancia materna completa (LMComp).	Incluye la lactancia materna exclusiva y la predominante.
Lactancia materna parcial (LMParc).	El lactante recibe leche artificial u otros alimentos además de la leche materna.
Lactancia materna.	Incluye la lactancia materna completa y la lactancia materna parcial.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4 Causas del abandono prematuro de la lactancia materna.

En este apartado se presenta una síntesis sobre los principales factores relacionados con el abandono prematuro de la lactancia materna (tabla 2). Una descripción más amplia de estos factores puede consultarse en una de las publicaciones que forman parte del compendio, actualmente en proceso de revisión por pares (página 110).

Tabla 2. Factores relacionados con el abandono prematuro de la lactancia.

Nivel individual	Nivel de relaciones y comunitario	Nivel social y cultural
<p>Intención materna de amamantar poco tiempo.</p> <p>Decisión tardía de amamantar.</p> <p>Actitud negativa hacia la lactancia.</p> <p>Experiencia anterior negativa o inexistente.</p> <p>Baja percepción de autoeficacia para la lactancia materna.</p> <p>Madres jóvenes.</p> <p>No estar casada.</p> <p>Bajo nivel de ingresos y/o educativo.</p> <p>Retraso en el inicio de la producción láctea.</p> <p>Percepción materna de leche insuficiente.</p> <p>Uso de suplementos de leche artificial.</p> <p>Técnica de succión incorrecta.</p> <p>Problemas de salud del niño.</p> <p>Problemas de lactancia y bajo grado de satisfacción materna con la lactancia.</p>	<p>Falta de formación y habilidades específicas de los profesionales de la salud.</p> <p>Prácticas hospitalarias que dificultan la lactancia.</p> <p>Pocos recursos de apoyo.</p> <p>Falta de apoyo de las personas del entorno.</p> <p>Dificultades al volver al trabajo remunerado.</p> <p>Baja prioridad de la lactancia en las políticas públicas.</p> <p>Falta de políticas de protección, promoción y apoyo.</p> <p>Falta de legislación afín al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.</p>	<p>Creencias culturales que afectan negativamente a la lactancia.</p> <p>“Cultura del biberón”.</p> <p>Procesos de aculturación.</p> <p>Se desaprueba la lactancia en público.</p> <p>Estilos de vida que dificultan la lactancia.</p>

4.1 Factores del nivel individual.

El nivel individual agrupa los factores relacionados con la díada madre-niño, directamente vinculados con las decisiones maternas sobre el inicio o duración de la lactancia y los comportamientos de la madre y el lactante.

4.1.1 Factores biofísicos.

Las causas más próximas al fenómeno del abandono prematuro de la lactancia materna son los factores biofísicos vinculados al inicio de la producción láctea tras el parto (fase de lactogénesis II) y a su mantenimiento posterior. Tanto el retraso en el inicio de la producción láctea, como la producción de una cantidad insuficiente para las necesidades del lactante (especialmente la percepción materna de ésta), están asociados a una menor duración y exclusividad de la lactancia materna (33, 44-46).

El retraso en el inicio de la producción láctea tras el parto se ha asociado a características maternas como la primiparidad y la obesidad, o bien a sucesos cercanos al parto como la retención placentaria, el parto por cesárea, el estrés durante el trabajo de parto y una mayor duración de este, así como a la administración de suplementos de leche artificial previos a la fase de lactogénesis II (30, 45). En cambio, el aporte insuficiente de leche posterior al inicio de la producción láctea está raramente causado por factores primarios, como anormalidades del pecho o problemas hormonales tales como el síndrome de Sheehan, el déficit congénito de prolactina o la cirugía de reducción mamaria (34, 47). Sin embargo, es frecuente que muchas mujeres perciban que no tienen suficiente leche si realizan algunas prácticas que afectan a la duración e intervalo entre las tomas de pecho, que influyen en el volumen y la calidad de la

leche, así como en la saciedad del niño (48). Así, las mujeres que limitan la frecuencia o duración de las tomas debido a dolor en los pezones o al retorno a su trabajo fuera de casa, o bien las que ofrecen suplementos de leche artificial, pueden percibir este problema. Además, una técnica de amamantamiento incorrecta interfiere en la transferencia de leche (49), ocasiona dolor e insatisfacción del niño tras la toma (30) y se relaciona también con el abandono prematuro (50-52).

4.1.2 Intención, actitudes, experiencia anterior y seguridad maternas.

La literatura existente muestra la especial importancia de aspectos psicológicos de la madre como la intención previa, sus actitudes, la experiencia anterior en lactancia y su seguridad. En general, las mujeres con más riesgo de abandono prematuro de la lactancia desean amamantar menos tiempo, toman la decisión más tardíamente y tienen actitudes negativas hacia la lactancia materna (32).

Las mujeres primíparas tienen un mayor riesgo de retraso en el inicio de la producción láctea, problemas en la técnica de la lactancia y pérdida excesiva de peso del recién nacido durante los primeros días (45). Por otro lado, haber amamantado con éxito a un hijo anterior se relaciona con una mayor duración de la lactancia materna (53). Esto puede ser debido a que las mujeres sin experiencia anterior tienen menos habilidades para afrontar la lactancia y sus dificultades y menores niveles de autoeficacia percibida (37, 54).

La autoeficacia materna para la lactancia es la percepción de las madres sobre su habilidad para dar el pecho y se relaciona con la duración y exclusividad de la lactancia (33). Esta variable se asocia además a uno de los

principales motivos para iniciar la lactancia materna parcial (LMParc) o abandonar completamente la lactancia materna, ya que las madres que perciben que su leche es insuficiente tienen menores puntuaciones de autoeficacia para la lactancia materna (32-33).

La autoeficacia para la lactancia materna es, además, uno de los factores modificables útiles para la planificación de actividades de promoción y apoyo a la lactancia durante la gestación y el posparto. Este factor predice si una mujer decidirá amamantar o no, el esfuerzo que dedicará a esta actividad, los modelos de pensamiento positivos o negativos y la reacción emocional ante las dificultades en la lactancia (55).

4.1.3 La experiencia de la lactancia.

La lactancia materna no puede explicarse simplemente mediante la decisión única sobre su inicio o no o sobre el tiempo previsto que se desea amamantar. Además de las expectativas maternas sobre el éxito en la lactancia o el valor de amamantar, la satisfacción con el resultado obtenido tras iniciar la lactancia también influye sobre las decisiones de las mujeres (56).

La mayoría de las mujeres abandona la lactancia prematuramente por las dificultades que percibe, más que por una decisión previa (32). Sin embargo, los problemas o dificultades en la lactancia no son buenos predictores del abandono considerados individualmente (46). La menor satisfacción de la madre con la lactancia o su evaluación negativa del proceso está más fuertemente relacionada con el abandono prematuro que la existencia de problemas en sí mismo (37, 46, 56).

4.1.4 Características socio-demográficas de las mujeres.

Los estudios centrados en las características socio-demográficas de las madres analizan datos que determinan la relación de las tasas de lactancia con aspectos relativamente lejanos al proceso del amamantamiento, que probablemente no contribuyen directamente a la toma de decisiones de las mujeres. La influencia de estas variables puede variar con el tiempo en una comunidad e influir de forma distinta en diferentes poblaciones o para las diferentes modalidades de lactancia (57). Sin embargo, estos datos son imprescindibles para la elaboración de políticas sanitarias y deben considerarse como “marcadores de riesgo” de una población, ya que permiten predecir resultados en salud, controlar la evolución de los indicadores de la lactancia y evidenciar las desigualdades en salud de una población (35, 39).

Una mayor edad, estar casada y un mayor nivel educativo y de ingresos son variables asociadas a mayores tasas de inicio, exclusividad y duración de la lactancia materna (33-34).

4.2 Factores del nivel de relaciones y comunitario.

El nivel de relaciones y comunitario incluye factores del ambiente externo, donde las mujeres y/o sus hijos pasan todo o parte de su tiempo y se relacionan con otros. En este nivel se encuadran las características del hospital y otros servicios de salud, la familia, el vecindario o el lugar de trabajo materno.

4.2.1 El hospital y los servicios de salud.

Las características del lugar donde tiene lugar el parto y el tipo de cuidados que recibe la madre durante su estancia posparto están relacionadas con el

inicio y duración de la lactancia materna. El sistema sanitario es uno de los factores que ha influido más en la reducción de las tasas de lactancia materna (58). Algunos de los aspectos que han contribuido a este hecho son la falta de formación clínica y habilidades de los profesionales para manejar los problemas de lactancia (30, 59), la ausencia de recursos orientados al apoyo a las madres que lactan o las prácticas que dificultan la lactancia o reducen la producción de leche de las mujeres (58, 60).

Entre los obstáculos para la lactancia en los hospitales se encuentran el retraso en el contacto precoz piel con piel entre los recién nacidos y sus madres, su separación innecesaria durante el ingreso o la provisión rutinaria de suplementos de leche artificial (32, 49, 61). El riesgo de abandono prematuro de la LME o del abandono total de la lactancia es mayor cuanto más obstáculos tengan los hospitales (62-63).

Entre los factores relacionados con la falta de habilidades o conocimientos de los profesionales o con la inadecuación de los recursos de apoyo a las mujeres se encuentran: las recomendaciones inapropiadas de abandonar la lactancia materna o de suplementar con leche artificial, el alta precoz hospitalaria en algunos contextos, la falta de un adecuado seguimiento posparto con visitas domiciliarias, la información contradictoria y la falta de apoyo de los profesionales (8, 32, 30, 34, 64-65).

4.2.2 La comunidad, el entorno familiar y el entorno laboral. Las políticas de protección de la lactancia.

Las actitudes y prácticas de lactancia de las mujeres están influenciadas por las personas de su entorno cercano, especialmente sus parejas, aunque también

por las abuelas, los profesionales de la salud y otras personas del entorno de la madre (33-34, 37, 65-66).

En el posparto, las actividades que realizan las madres pueden hacerlas sentirse exhaustas y ansiosas, particularmente durante las primeras semanas (67). Los factores que influyen en la energía, tiempo y capacidad de resolver problemas de la madre, como la falta de apoyo del círculo de personas más cercano, incluyendo la falta de conocimientos o experiencia en lactancia, las actitudes negativas hacia la lactancia, el estrés en la relación de pareja, y la poca colaboración en las tareas del hogar de las personas que conviven con la madre, están relacionados con el abandono prematuro de la lactancia (32, 34, 66).

El trabajo fuera de casa es citado frecuentemente como una razón para el abandono prematuro de la lactancia materna, aunque la decisión de iniciarla no está asociada a la intención de retornar a un trabajo remunerado tras el parto (32, 66-65). Las dificultades que las mujeres encuentran en el entorno laboral incluyen una actitud negativa hacia la madre lactante y la dificultad para poder continuar con la lactancia al separarse de su hijo, que algunas consideran insalvable (34, 68). Una mayor duración de la baja maternal se asocia positivamente a la duración de la lactancia, mientras que las jornadas más intensivas influyen negativamente (34, 69-70).

Una prioridad baja de la lactancia como factor favorecedor de la salud en las políticas de salud pública de un país es un aspecto que afecta negativamente a la lactancia materna (57). En muchos países y regiones, la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna es un asunto retórico, centrado en la responsabilidad individual de las mujeres, pero sin intervenciones que prevean

un adecuado apoyo tras el parto a las madres o sin políticas que las ayuden a continuarla al volver al trabajo remunerado (21, 68).

4.3 Factores del nivel social y cultural.

La lactancia no es sólo un comportamiento instintivo, sino que depende del aprendizaje. Está influenciado por factores culturales y sociales. A pesar de su base fisiológica, el significado de la lactancia y la forma en la que se integra en los contextos culturales varía globalmente (36). El nivel social y cultural se refiere a factores vinculados al contexto más general, relativos a la estructura de la sociedad, que influyen en la aceptabilidad y expectativas sobre la lactancia.

Las diferencias en la exclusividad y duración de la lactancia dependen en gran medida del conocimiento de la mujer sobre la producción de leche y en creencias culturales (57). Las creencias culturales afectan al modo en que se alimenta a los niños y a los valores, actitudes y expectativas asociados a este comportamiento. Estas creencias pueden ser más potentes que las recomendaciones de los profesionales de la salud e incluyen, entre otros aspectos, el tipo de interacción entre madres y pequeños, la forma en que se adapta la lactancia a las rutinas familiares, cómo se lleva a cabo el amamantamiento, las nociones sobre lo que es ser “buena madre” y la relación de la lactancia con tendencias y modas (36, 71).

En los países en desarrollo, donde la lactancia materna se practica de forma casi universal, la introducción de líquidos rituales, agua con azúcar o agua, desde las primeras semanas, se basa en diversas creencias y rituales (30). En muchos países industrializados, los valores culturales identifican la LA como la norma (68) y aspectos como la dificultad para compatibilizar la lactancia con los

estilos de vida de la mujer, el desagrado de la lactancia en público, o de dar el pecho a niños pequeños, podrían influir en las decisiones de las mujeres para abandonar la lactancia de forma prematura (71-73).

5 La protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

La puesta en marcha de actividades de protección, promoción y apoyo a la lactancia es una estrategia excepcional para mejorar la salud durante la infancia. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño, adoptada por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2002, propuso una serie de medidas orientadas a proteger, promover y apoyar las prácticas de alimentación óptima de los lactantes y niños pequeños (7). Debido a las importantes implicaciones sociales y sanitarias de las bajas tasas y del abandono prematuro de la lactancia, su protección, promoción y apoyo se ha considerado una prioridad de salud pública en Europa (74-75).

En España, la promoción de lactancia materna es una de las líneas estratégicas en salud reproductiva (76). En 1999 se aprobó en el Congreso de los Diputados una Proposición no de Ley para la protección, promoción y apoyo a la lactancia, según los criterios de la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (13), que fue aprobada también por los gobiernos de diversas comunidades autónomas, incluyendo la Comunidad Valenciana (14). Posteriormente, en el año 2009, se incluyó la recomendación de implementar prácticas eficientes en el apoyo a la lactancia materna entre los estándares y recomendaciones del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (77), dentro del marco establecido por la Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS (78). Actualmente, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

integra la mayoría de recomendaciones basadas en el mejor conocimiento disponible para la protección, promoción y apoyo a la lactancia durante la gestación, el parto y posteriormente (76).

La protección de la lactancia materna implica la adhesión de los gobiernos al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (el Código) (79). El Código fue adoptado por la OMS en el año 1981 para promover una nutrición infantil adecuada y segura, a partir de la protección y promoción de la lactancia y asegurando el uso adecuado de los sustitutos de la leche materna, cuando fueran necesarios. Uno de los principios fundamentales del Código es que las instituciones de salud no deben ser utilizadas para promocionar sustitutos de la leche materna, biberones o tetinas. Sin embargo, el Código es sistemáticamente infringido en muchos países, y es frecuente que la industria utilice los sistemas nacionales de salud para promocionar sus productos o para distribuir muestras gratuitas a las madres, tanto en países en desarrollo como en los países ricos (80-81). Esto incluye también a España, a pesar de que la legislación española incorpora gran parte de la normativa del Código (82).

El apoyo a las madres en su lugar de trabajo, a fin de facilitarles la lactancia natural, es también un aspecto fundamental para la protección de la lactancia materna (75). La existencia de un entorno laboral favorable a la lactancia, que proporcione facilidades para la extracción de leche, flexibilidad de horarios o incluso la posibilidad de amamantar en el lugar de trabajo, junto con la ampliación de la prestación por maternidad, son determinantes positivos para aumentar las tasas de lactancia materna (57, 65, 83). Además, la consideración de aspectos como la carga de trabajo no remunerado en el hogar, la prestación

por maternidad disponible y la incorporación al trabajo remunerado, relacionados específicamente con la salud de las mujeres, es especialmente importante para la planificación de intervenciones sanitarias con criterios de equidad (84).

Por otra parte, la promoción de la lactancia materna, de modo que sea percibida por la sociedad como “la norma”, requiere de la existencia de información, precisa y completa, acerca de las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño, y de la implementación de políticas nacionales y recomendaciones en todos los niveles de los servicios sociales (75). Las estrategias de promoción de la lactancia deberían incluir campañas en medios de comunicación nacionales y su introducción en la educación primaria y secundaria. La educación prenatal, tanto individual como grupal, ha resultado ser útil para aumentar el inicio, la exclusividad y la duración de la lactancia (85-86).

Finalmente, el apoyo a la lactancia materna implica intervenciones dirigidas a resolver los problemas y dificultades con la lactancia, adaptadas al momento y necesidades de las mujeres (64). Se ha establecido que, en diferentes países y contextos, el contacto con profesionales, o con personas con conocimientos adecuados, que ofrecen apoyo orientado a facilitar la continuación de la lactancia, adicional al cuidado estándar, es efectivo para aumentar la duración de la lactancia materna (87).

Dada la complejidad del problema del abandono prematuro de la lactancia materna, las intervenciones de mejora de las tasas deben incluir todos los niveles (individual, de relaciones y comunitario y social), ya que una intervención en uno sólo de ellos podría verse anulada por factores negativos

vinculados al resto de niveles (35). Por ejemplo, la puesta en marcha de una campaña publicitaria sobre los beneficios de la lactancia, puede resultar una intervención poco útil si no va acompañada de otras acciones, en una sociedad donde la norma cultural es la LA, con hospitales que mantienen prácticas profesionales que obstaculizan el inicio y continuidad de la lactancia y escasas políticas de apoyo a las madres tras su incorporación al trabajo remunerado. La combinación de intervenciones de protección, apoyo y promoción de la lactancia materna es más efectiva que las intervenciones individuales para reducir las tasas de abandono prematuro de la lactancia materna (33).

La intervención combinada de protección, promoción y apoyo a la lactancia sobre la que existen más datos, en relación a su factibilidad, coste y efectividad, es la *Baby-friendly Hospital Initiative* (BFHI) (63, 88-90). La BFHI surgió a instancias de la OMS y UNICEF en el año 1991, como un programa de ámbito internacional para aumentar las tasas de lactancia inspirado en la Declaración de Innocenti para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna (91). Actualmente la BFHI incluye diferentes recomendaciones y materiales para su implementación en países, comunidades y hospitales (92). La BFHI, inicialmente, se denominó en español Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), aunque en septiembre del año 2009 cambió el nombre a Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, manteniendo las mismas siglas (93).

La BFHI puede llevarse a cabo en países desarrollados o en vías de desarrollo, tiene efectos mayores sobre poblaciones con nivel socio-económico bajo (94), y disponemos de suficientes pruebas sobre su efectividad en la mejora de las tasas

de lactancia y LME a corto y largo plazo (63, 88-89, 94-95) y en la reducción de la morbi-mortalidad en la población (88).

Un hospital es considerado como hospital IHAN cuando al menos el 75% de las mujeres amamanta a sus hijos de forma exclusiva desde el nacimiento hasta el alta posparto y cuando demuestra el cumplimiento de los criterios para evaluar la implantación de los Diez Pasos Para una Lactancia Exitosa (Diez Pasos), llamados Criterios Globales de la BFHI (CG) y de la aplicación de las normas del Código (92).

Los Diez Pasos (figura 2) constituyen los estándares de buenas prácticas, basados en el “sentido común” y la evidencia existente (58), que sustituyen a las rutinas hospitalarias que dificultan el establecimiento y continuidad de la lactancia materna. Los tres primeros pasos son el fundamento de la adecuación de los cuidados y se refieren a la política institucional sobre lactancia, la formación de los profesionales y la información sobre los beneficios y las prácticas necesarias para el éxito de la lactancia materna. Los pasos cuatro a nueve se refieren a las buenas prácticas necesarias para el apoyo a la lactancia y el paso diez implica informar a las madres sobre los recursos de apoyo en la comunidad para mantener su confianza y prevenir o resolver posibles problemas (92).

Figura 2. Diez pasos para una lactancia exitosa⁹⁶.

Diez Pasos Para una Lactancia Exitosa.

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

- 1- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
- 2- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- 3- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- 4- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- 5- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- 6- No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
- 7- Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- 8- Fomentar la lactancia materna a demanda.
- 9- No dar a los niños alimentados a pecho tetinas o chupetes artificiales.
- 10- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Capítulo II:

Justificación y objetivos de la tesis doctoral.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1. Justificación

En España, como ocurre en la mayoría de los países europeos (97), las tasas de lactancia materna (23) están muy por debajo de las recomendaciones de organismos internacionales (7) y de las principales organizaciones profesionales (8, 98-99). Debido a las importantes implicaciones sociales y sanitarias de las bajas tasas de inicio y del abandono prematuro de la lactancia, su protección, promoción y apoyo se ha considerado una prioridad de salud pública en Europa (74-75) y es una de las líneas estratégicas en salud reproductiva en España (76).

Tal como se ha descrito en el capítulo anterior, la adecuación de las actividades de los profesionales de la salud y el apoyo durante la gestación y la crianza son aspectos fundamentales para reducir la proporción de mujeres que abandonan de forma prematura la lactancia materna. Sin embargo, las actividades de protección, promoción y apoyo a la lactancia deben adaptarse a las necesidades y características específicas existentes en el contexto local donde van a implementarse (83).

El primer estudio incluido (página 51), realizado con mujeres y niños de la ciudad de Elda, tuvo dos objetivos que dieron lugar, a su vez, a dos publicaciones. El primer objetivo fue descriptivo: identificar los momentos críticos de abandono la LMComp y de abandono total de la lactancia. El segundo objetivo fue analítico: identificar los factores de riesgo relacionados con el abandono prematuro de la LMComp y de la lactancia. La información sobre los momentos y los grupos de población donde es más necesario el apoyo profesional a la lactancia puede resultar útil para planificar futuras intervenciones, en Elda o en otros contextos similares.

Existen multitud de estudios sobre el impacto positivo que, sobre las tasas de lactancia materna, tienen diferentes intervenciones del ámbito de los profesionales de la salud (86-87, 100). Estas intervenciones son aplicables tanto en el ámbito local como en el nacional (88-89) y tienen efectos positivos a corto y largo plazo (53, 95) sobre grupos poblacionales con diferente nivel socioeconómico, aunque sus efectos son mayores en los grupos más desfavorecidos (94, 101). Además, la implementación de estas intervenciones es altamente costo-efectiva (102) y no implica necesariamente un aumento del gasto sanitario (103). Sin embargo, en España, considerando los nacimientos atendidos por los Hospitales IHAN existentes, menos del 5% de los niños españoles nace en hospitales que han acreditado el cumplimiento de los criterios de calidad mínimos para la atención adecuada a la lactancia materna. Así pues, el principal reto para reducir el abandono prematuro de la lactancia en España no es tanto saber qué hacer, sino cómo implementar y mantener las intervenciones existentes.

Considerando este reto, el segundo estudio incluido en esta tesis (página 56), desarrollado en el Área de Salud del Altiplano de Murcia, implicaba la descripción del proceso de implementación de una intervención de mejora basada en los Diez Pasos y su efecto sobre el abandono prematuro de la lactancia materna. Se espera que la información obtenida resulte de utilidad a los hospitales españoles, y posiblemente también de otros países, implicados en procesos de mejora similares.

Por último, el desarrollo del tercer estudio (página 61), orientado a adaptar una herramienta para medir los niveles maternos de autoeficacia para la lactancia, responde a la necesidad, en Europa, de desarrollar herramientas para

identificar precozmente grupos vulnerables y con mayor riesgo de abandono prematuro de la lactancia materna (57). Además, este estudio se integra en una línea de investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante, orientada a desarrollar instrumentos para evaluar las percepciones y experiencias maternas durante la gestación, el parto y la crianza.

Como complemento a los estudios citados, se incluye en este compendio un cuarto estudio (página 66), cuyo desarrollo puede consultarse en el apartado de Anexos (página 110) y que corresponde a una síntesis de la literatura existente sobre las causas del abandono prematuro de la lactancia materna y las intervenciones para su protección, promoción y apoyo. Esta revisión de la bibliografía ha sido desarrollada para ser incluida como capítulo en la segunda edición de un libro, dirigido a estudiantes de enfermería, medicina, nutrición y, en general, a profesionales clínicos cuya actividad se relaciona con lactantes y niños pequeños.

El libro en el que se incluye dicho capítulo, titulado *Nutrition in the Infant: Problems and Practical Procedures*, es parte de una serie de publicaciones (*Nutrition and Health series*) de la editorial Humana Press (*Springer Science+Business Media*) que, en el momento de presentar esta tesis doctoral, se encontraba en proceso de revisión por pares.

Atendiendo a lo expuesto se planteó la presente tesis doctoral con los siguientes objetivos:

2. Objetivo general de la tesis:

Describir y explicar el fenómeno del abandono prematuro de la lactancia materna.

3. Objetivos específicos:

Identificar los momentos críticos de abandono de la LMComp y de abandono total de la lactancia materna a lo largo de un seguimiento de 6 meses.

Identificar los principales factores de riesgo para el abandono prematuro de la LMComp y del abandono total de la lactancia materna.

Describir el impacto sobre las tasas de lactancia materna de una intervención de mejora orientada a eliminar las prácticas hospitalarias que dificultan su inicio y mantenimiento, durante el proceso de implementación y tras él, en un área de salud española.

Aportar herramientas, válidas y fiables en la población española, para la medición de las variables relacionadas con la experiencia y vivencia maternas de la lactancia y el abandono prematuro.

Capítulo III:

Metodología.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Se presenta a continuación un resumen de la metodología utilizada en los estudios en que se basan las publicaciones incluidas en esta tesis doctoral. Para más detalles se sugiere consultar los apartados correspondientes en las diferentes publicaciones (páginas 73, 73, 73, 73, 74 y 110). En la tabla 3 (página 69) se muestra una síntesis de los aspectos más relevantes de la metodología de los estudios incluidos.

1 Estudio 1: descripción del abandono prematuro de la lactancia materna y análisis de los factores relacionados.

1.1 Diseño y emplazamiento.

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal, con seguimiento de seis meses a una muestra accidental de mujeres con lactantes amamantados sanos, de la ciudad de Elda, en Alicante. En el diagrama de flujo del estudio (figura 3, página 55) puede verse un resumen del seguimiento y los momentos de la recogida de datos. Este estudio atendía a dos objetivos, reflejados en dos publicaciones: (i) describir los momentos críticos de abandono la LMComp y de abandono total de la lactancia (1) e (ii) identificar los factores de riesgo relacionados con el abandono prematuro de la LMComp y de la lactancia (3).

1.2 Participantes.

Se obtuvo información de 270 parejas madres/lactantes (el 76% del total de los nacimientos de la ciudad de Elda en 2003), que habían iniciado la lactancia materna tras el parto y acudieron después del alta a la consulta de alguna de las cuatro matronas de atención primaria de la ciudad, entre marzo de 2002 y marzo de 2003. Se excluyeron del estudio las madres que tuvieron recién

nacidos (RN) con test de APGAR a los 5 minutos <6, peso <2500 g, procesos patológicos congénitos, muerte perinatal o posterior, edad gestacional <37 semanas o que no iniciaron la lactancia materna tras el parto.

1.3 Variables.

Las variables antecedentes incluían información sobre las características socioeconómicas y antecedentes maternos como la edad, estado civil, nivel de estudios y clase social familiar. También se incluyeron las variables obstétricas principales y la experiencia materna anterior en lactancia. Se obtuvo información sobre el cumplimiento en el hospital de las rutinas hospitalarias referidas en los Diez Pasos, así como sobre características de apoyo familiar a la madre y de la incorporación al trabajo remunerado tras el parto.

Las variables de resultado incluyeron el tiempo transcurrido hasta que la mujer abandonaba la LMComp y la lactancia materna. La descripción de la alimentación de los niños se basó en las definiciones propuestas por la OMS (tabla 1, página 28).

1.4 Recogida de datos.

Los datos se recogieron mediante una entrevista personal en la consulta de la matrona durante la primera visita posparto (variables antecedentes), realizada durante el primer mes de vida del RN, y mediante dos entrevistas telefónicas a los cuatro y seis meses posparto (variables de resultado) para las mujeres que continuaban con lactancia materna en el último contacto.

1.5 Análisis de Datos.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables con el cálculo de proporciones, medias y desviación típica (DT). Para describir los momentos críticos de abandono la LMComp y de abandono total de la lactancia se utilizó el método de Kaplan-Meier expresado con datos agregados por quincenas y meses. Se presentaron las medianas de duración y la densidad de incidencia del abandono, expresadas en abandonos $\times 100$ madres-día⁻¹, de la LMComp y la lactancia materna.

Para la obtención de los modelos explicativos de la duración de la LMComp y de la lactancia materna, se realizó una primera selección de variables mediante un análisis individual a través de la comparación de curvas de Kaplan-Meier para las variables categóricas (pruebas de Mantel-Cox) y regresión de Cox univariante para las variables continuas. En los modelos multivariados se introdujeron todas las variables asociadas al abandono de la LMComp o la lactancia con una $p < 0,05$ en el análisis bivariado.

Se desarrollaron modelos de regresión de Cox para determinar las variables asociadas independientemente con la duración de la LMComp y de la lactancia materna mediante un modelo secuencial por pasos hacia atrás, seleccionando el conjunto óptimo de variables utilizando el test de la razón de la verosimilitud. Se descartó la existencia de posibles factores de confusión o interacciones de tipo multiplicativo observando el cambio significativo del logaritmo de la verosimilitud tras introducir el factor o interacción en los modelos mediante el método manual.

El modelo de Cox supone que el efecto de cada variable pronóstico depende del valor de la misma y no del tiempo, es decir los riesgos para los grupos

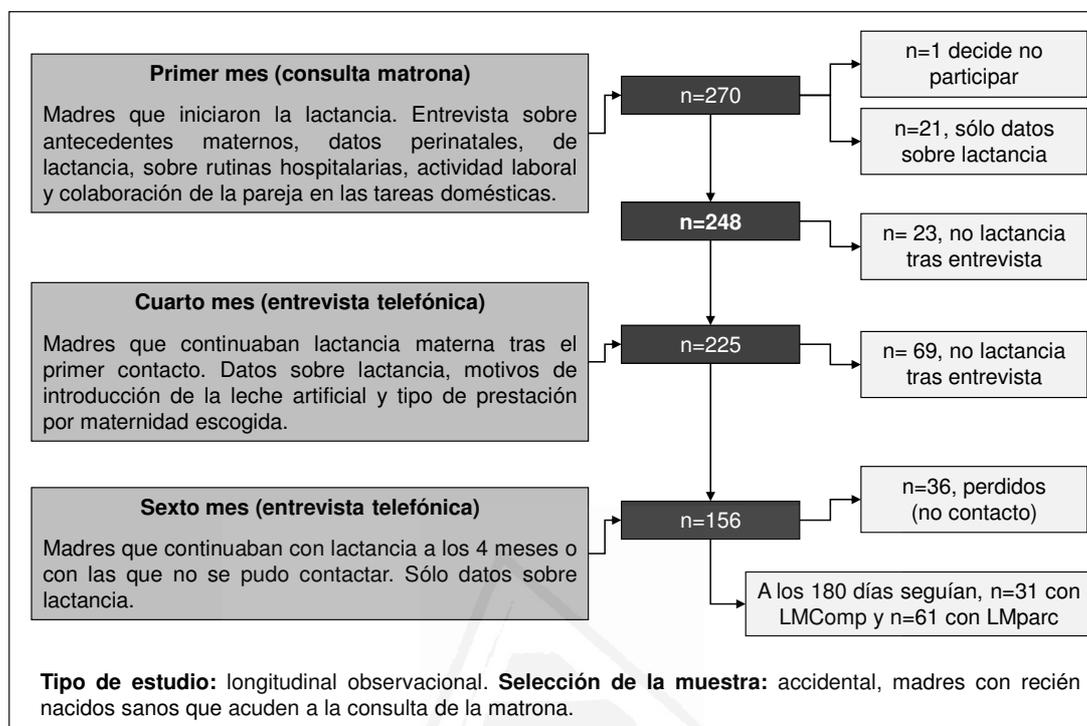
definidos por las covariables deben conservar la misma proporción a lo largo del seguimiento (104). Para confirmar el supuesto de proporcionalidad de riesgos se contrastó la significación de la inclusión del término de interacción de cada variable con el logaritmo del tiempo de seguimiento.

El efecto de las variables antecedentes sobre la duración de los diferentes tipos de lactancia se describió en forma de Hazard Ratio (HR). Para variables dicotómicas, la HR expresa cuántas veces es más rápida la ocurrencia de un abandono de la lactancia materna en un grupo que en otro, en variables continuas representa el riesgo al aumentar una unidad el valor de la covariable.

Los intervalos de confianza fueron calculados para un nivel de confianza del 95%. Los cálculos fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 15.0, a excepción de los modelos multivariantes, para los que se utilizó el programa Stata/SE para Windows v. 9.0.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Figura 3. Diagrama de flujo del estudio 1, de descripción del abandono prematuro de la lactancia materna y análisis de los factores relacionados.



Universitat d'Alacant
 Universidad de Alicante

2 Estudio 2: impacto sobre las tasas de lactancia materna de una intervención de mejora orientada a eliminar las prácticas hospitalarias que dificultan el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

2.1 Diseño y emplazamiento.

Estudio de mejora de la calidad mediante la adecuación de los cuidados orientados a la lactancia con medición del cumplimiento de los Diez Pasos y de las tasas de lactancia de forma previa, concurrente y posterior a la intervención (ver figura 4 para una síntesis de la cronología del estudio). La intervención tuvo lugar entre enero de 2000 y noviembre de 2004 y su ámbito de estudio fue el Hospital Virgen del Castillo de Yecla (HVC), un hospital comarcal que atendía una media de 800 nacimientos al año de una población de 67295 habitantes (INE, 2005) residentes en las poblaciones de Yecla, Jumilla y Caudete y que dispone de una unidad de neonatos de nivel II, subnivel II-B, según criterios del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (105).

2.2 Intervención.

La intervención de mejora consistió en estrategias basadas en la experiencia existente sobre los determinantes para la implantación exitosa de la BFHI y en la identificación y abordaje de los obstáculos propios del contexto tras las evaluaciones del nivel de cumplimiento. Las actividades desarrolladas se agruparon en cuatro líneas clave: (i) abordaje combinado desde los diferentes niveles o dominios de la organización; (ii) formación orientada al proceso; (iii) auditoría y feed-back; y (iv) recursos adicionales de apoyo para las mujeres.

2.3 Participantes.

Una muestra aleatoria de 1273 lactantes nacidos vivos en el HVC durante los años 1997 (n=321), 2001 (n=260), 2003 (n=260) y 2005 (n=432), mediante muestreo probabilístico de los nacimientos registrados en la base de datos del Servicio de Pediatría del HVC.

2.4 Evaluación de proceso y resultados.

2.4.1 Criterios globales de la BFHI.

Se realizó una autoevaluación de los CG en noviembre de 2000. Tras el primer proceso de adecuación, se llevó a cabo una preevaluación externa en octubre de 2002 y finalmente, después de los ajustes necesarios, una evaluación externa en junio de 2004. La autoevaluación BFHI se realiza mediante un formulario guía dirigido al gerente del hospital (106) y las evaluaciones externas mediante una metodología que incluye técnicas de observación en las unidades de atención materno-infantil, entrevistas a profesionales y madres y revisión de los registros clínicos y otros documentos hospitalarios (92). Las auditorías externas y la acreditación de los hospitales IHAN en España son responsabilidad del Comité Nacional de la BFHI, que incluye representantes del Ministerio de Sanidad y Política Social y de diversas sociedades científicas.

2.4.2 Monitorización de indicadores.

Se incorporó la recogida rutinaria de información sobre indicadores clave en el sistema de información electrónico del HVC, desde enero de 2003, que incluían el momento de inicio del contacto precoz entre la madre y el lactante tras un parto o cesárea y el momento de la primera toma (paso 4). Se midió

también la existencia de datos sobre la valoración de la primera toma por parte de un profesional, como medida indirecta del apoyo precoz a la madre (paso 4), y la proporción de suplementos de leche artificial ofrecidos durante el ingreso (paso 6).

2.4.3 Proporción de lactantes amamantados.

Para la determinación de la proporción de lactantes amamantados, en los diferentes grupos de edad de los periodos de la intervención estudiados, se seleccionaron muestras de todos los lactantes nacidos vivos en el HVC durante los años 1997 (n=321), 2001 (n=260), 2003 (n=260) y 2005 (n=432), mediante muestreo probabilístico de los nacimientos registrados en la base de datos del Servicio de Pediatría del HVC. Se excluyeron los lactantes trasladados a un hospital de otra área de salud tras el parto, con muerte perinatal o para los que no se pudo obtener ningún dato sobre el tipo de lactancia recibido.

2.5 Recogida de datos.

Los datos de lactancia materna al alta se obtuvieron a partir de la revisión de la historia clínica materna del hospital o a partir del sistema de información del HVC desde enero de 2003.

Para los datos sobre lactancia materna de 1997, 2001 y 2003 se recogió información sobre si los lactantes recibían lactancia materna en las visitas del Programa de Atención al Niño Sano, realizadas al mes y a los tres, cinco y siete meses de vida, a partir de los registros de las historias de salud de atención primaria, informatizadas desde el año 2000.

Para los datos sobre lactancia materna de 2005 se realizó una entrevista telefónica a los 12 y a los 24 meses posparto, para las madres que continuaban

con lactancia materna en el primer contacto, en la que se incluyeron preguntas sobre la duración total de la lactancia, el momento de introducción de líquidos adicionales a base de agua, leche artificial y alimentos complementarios. La descripción de la alimentación de los niños se basó en las definiciones propuestas por la OMS (tabla 1, página 28).

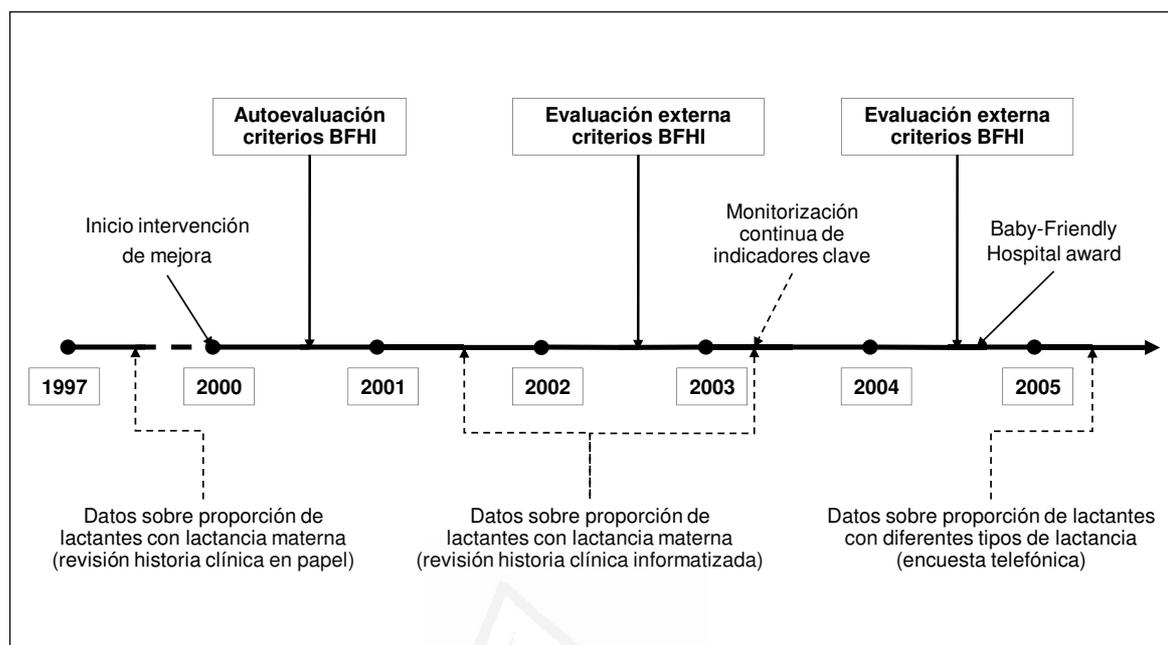
2.6 Análisis de datos.

Se presentó el resultado de cumplimiento o incumplimiento de los CG de las evaluaciones BFHI, basados en el informe de resultados de la autoevaluación y las evaluaciones externas del Comité Nacional de la BFHI.

Se obtuvo el porcentaje de cumplimiento de indicadores clave por trimestres desde enero de 2003 a junio de 2004.

Se calculó la proporción de niños con lactancia materna al primer, tercer, quinto y séptimo mes de vida para los años 1997, 2001, 2003 y 2005, la diferencia de proporciones de lactantes amamantados entre 1997 y 2005 y la Odds Ratio (OR) de no ser amamantado en el año 2005 respecto a 1997. Se calcularon las medianas de duración de la LME, LMComp y lactancia materna en el año 2005.

Figura 4. Cronología del estudio 2: impacto sobre las tasas de lactancia materna de una intervención de mejora orientada a eliminar las prácticas hospitalarias que dificultan el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.



3 Estudio 3: adaptación cultural de una escala de autoeficacia para la lactancia materna.

3.1 Diseño y emplazamiento.

Para la elaboración de la versión española de la escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF), se desarrolló un estudio en dos fases. Una primera fase, con resultados poco satisfactorios para algunos de los ítems (2) y una segunda fase, que permitió desarrollar la versión española de la escala (5), que mostró unas características psicométricas adecuadas.

En ambas fases se siguió el procedimiento habitual de traducción y retrotraducción de los ítems de la versión original (107), similar al utilizado en otras versiones no españolas del mismo instrumento (108-110). Sin embargo, en la segunda fase se excluyeron los traductores/retrotraductores con conocimientos técnicos sobre lactancia. El procedimiento, que se repitió para todos los ítems en la segunda fase, incluía dos traductores de la versión original al castellano y dos retrotraductores de esa traducción española al inglés. Tras reuniones de consenso del equipo y encuestas cognitivas con mujeres con lactancia materna, se desarrollaron las versiones españolas de la escala de ambas fases.

3.2 Escala original.

La BSES-SF es un instrumento válido y fiable para medir la autoeficacia materna para la lactancia materna. Este instrumento es una versión abreviada que incluye 14 ítems autocumplimentados y agrupados en una única dimensión (111), seleccionados de entre los 33 que constituían la escala original (112). El enunciado de los ítems comienza con la expresión "Yo siempre puedo..." y el

formato de respuesta consiste en una escala likert de 5 puntos, donde los puntos de anclaje extremos son: 1: “nada segura” y 5: “muy segura”.

Todos los ítems de la escala BSES-SF están enunciados en sentido positivo, de forma que la puntuación final de la escala es el resultado de la suma de todos sus valores. El puntaje total, rango de 14 a 70, se interpreta de modo que a mayor puntuación, mayor es el nivel de confianza de la madre con su capacidad para amamantar.

La escala BSES-SF fue desarrollada en lengua inglesa en la región canadiense de British Columbia y ha sido adaptada y probada en diferentes países: Polonia (108), Turquía (110), Brasil (109), Estados Unidos (113) y Gran Bretaña (114). Este instrumento presenta características psicométricas adecuadas en población general (111), diferentes grupos étnicos (113-114) y adolescentes (115).

3.3 Participantes.

La primera fase del estudio incluyó una muestra accidental de 150 mujeres y la segunda fase una muestra accidental de 135 mujeres. Los criterios de selección de la muestra fueron similares a los seguidos en los estudios previos de validación de la escala en otros países. Las participantes en ambas fases fueron mujeres mayores de edad, que leían y hablaban español y que ofrecían lactancia materna a sus hijos, entre el segundo y quinto día posparto. Las madres habían sido atendidas en el parto en un hospital de la ciudad de Elche y otro de la ciudad de Alicante en la primera fase del estudio y en un hospital de la ciudad de Orihuela en la fase final.

Se excluyeron mujeres con situaciones que implicaban una dificultad añadida a la lactancia, como las que tuvieron partos múltiples, hijos menores de 35 semanas o con algún proceso patológico que dificultara la lactancia.

3.4 Variables.

Además de las puntuaciones de la escala BSES-SF se recogieron, en ambos estudios, los datos necesarios para aportar pruebas de la validez de la versión traducida.

Se recogió información sobre variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, número de hijos anteriores, nacionalidad y estado civil), obstétricas (paridad, tipo de parto, peso del recién nacido) y sobre lactancia materna (haber lactado anteriormente o no y, en su caso, la valoración de aquella experiencia; un ítem global sobre la autoeficacia: en una escala de 0 a 100, de nada capaz a totalmente capaz; y un recuerdo de 7 días para recoger información sobre el tipo de lactancia materna ofrecido al alta y en las semanas posteriores al parto). En la segunda fase del estudio, adicionalmente, se obtuvo la puntuación de dos escalas generales de autoeficacia, la adaptación española de la Escala General de Autoeficacia (EGA) y la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE) (116-117). Los datos sobre el estatus de lactancia materna se obtuvieron a las 6 semanas posparto en la primera fase del estudio y a las 3 semanas posparto en la segunda. Para obtener información sobre el estatus de lactancia materna se utilizaron los ítems propuestos por la OMS (42). Así mismo, la descripción de las prácticas de lactancia se basó en las definiciones propuestas por la OMS (tabla 1, página 28).

3.5 Recogida de datos.

Entre el segundo y quinto días posparto, antes del alta hospitalaria, las participantes cumplimentaron la versión española de la BSES-SF y el cuestionario con el resto de variables incluidas en el estudio. Los datos sobre el estatus de lactancia materna tras el alta hospitalaria se obtuvieron mediante una entrevista telefónica.

3.6 Análisis de datos.

En ambas fases del estudio se desarrollaron análisis estadísticos similares a los desarrollados en el resto de adaptaciones del instrumento.

Para analizar la fiabilidad se calcularon las correlaciones ítem-test, el coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente alfa de Cronbach corregido al omitir cada uno de los ítems. Para determinar la validez estructural de la escala se realizó un análisis de componentes principales forzando la extracción en un factor.

Para determinar la validez de constructo se realizó (i) un análisis de componentes principales forzando la extracción en un factor. También se realizaron (ii) comparaciones entre grupos conocidos: de acuerdo con el marco teórico y los estudios previos (55, 108-111, 113-114), se esperaba que las puntuaciones de la BSES-SF fueran mayores entre madres con más hijos, con experiencia previa en lactancia y una mejor valoración de aquella experiencia y con LME al alta. Finalmente, (iii) para valorar la validez convergente, se calculó la correlación de la puntuación total de la BSES-SF-E con el ítem global de autoeficacia y la puntuación total de las escalas EAEAE y EGA.

Para determinar la validez predictiva se comparó la puntuación de la escala entre las madres con LME a las 3 o 6 semanas y las madres con LMparc o LA.

Para calcular la diferencia de medias entre dos grupos se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, y la prueba F (análisis de la varianza) si la comparación era de más de dos grupos. Para comprobar la asociación entre variables continuas se utilizaron el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman, según procediera.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4 Estudio 4: revisión bibliográfica sobre los factores relacionados con el abandono prematuro de la lactancia materna.

Con el objetivo de redactar una síntesis descriptiva de la literatura existente sobre las causas del abandono prematuro de la lactancia materna y las intervenciones de protección, promoción y apoyo a la lactancia, se realizó una revisión bibliográfica narrativa de los trabajos publicados entre 2000-2011, siguiendo el método propuesto por Guardiola (118).

4.1 Material y método.

Se realizó una búsqueda bibliográfica mecanizada entre enero y mayo de 2011, en las bases de datos: Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane Central Register of Controlled Trials, Web of Science, IME y CUIDEN, de las publicaciones existentes entre 2000 y 2011 escritas en idioma inglés o español. Para la búsqueda en Medline y CINAHL se utilizaron los descriptores del Medical Subject Headings (MeSH) y para las demás bases los descriptores propios de sus tesauros. En la búsqueda se usaron las diferentes combinaciones de diversas palabras clave vinculadas al objetivo de la síntesis bibliográfica (*“breast feeding”, “breastfeeding”, “weaning”, “breastfeeding duration”, “early weaning”, “cessation”, “discontinuation”, “epidemiologic factors”, “confounding factors”, “health knowledge, attitudes, practice”, “intention”, “self efficacy”, “women’s experience”, “employment”, “social support”, “professional support”, “trends”, “health planning guidelines”, “nutrition policy”, “health plan implementation”, “mortality”, “epidemiology”, “morbidity”, “maternity wards practices”,*

"primary health care", "outcome assessment", "outcome and process assessment", "health policy" y "health promotion")

Además, se consultaron de forma manual las siguientes publicaciones, que habitualmente publican trabajos sobre el tema de estudio: *Journal of Human Lactation*, *International Breastfeeding Journal*, *Breastfeeding Medicine*, *Breastfeeding Review*, *JOGNN (Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing)*, *Birth*, *Pediatrics*, *Midwifery* y *Acta Paediatrica*.

Además de los trabajos localizados en la búsqueda mecanizada, se incluyeron los artículos y documentos clave identificados por el doctorando durante su trayectoria clínica y de investigación. Por otra parte, para localizar nuevas publicaciones clave sobre el tema, atendiendo al concepto de “grupos de cocitaciones”, que supone que las estructuras de conocimiento pueden definirse a partir de las redes de documentos relacionados entre sí (119), se revisó la bibliografía de los artículos seleccionados y se recuperaron los artículos relevantes para los aspectos a desarrollar en el capítulo, independientemente de su fecha de publicación. Los estudios no publicados no fueron incluidos para el desarrollo del texto.

4.2 Criterios de inclusión y exclusión de las publicaciones en la revisión.

El destino final del trabajo de revisión, un libro de texto para estudiantes y profesionales clínicos, requería de un abordaje amplio y general, orientado a realizar una síntesis del estado de la cuestión, más que a dar respuesta a preguntas clínicas concretas, por lo que se prestó especial atención a las revisiones de la literatura existente, narrativas o sistemáticas. Este tipo de publicaciones han sido identificado como un “filtro intermedio” entre los

estudios primarios y los libros (120). No obstante, no se descartó incluir en la revisión otro tipo de publicaciones si aportaban información valiosa para la elaboración del capítulo. La selección de los artículos a incluir se realizó a partir de la experiencia clínica y de investigación sobre el tema del autor, seleccionando los más adecuados para apoyar los conceptos que se presentaban.

Así pues, entre los estudios seleccionados, se incluyeron revisiones narrativas, estudios observacionales y de factores explicativos o pronóstico sobre la duración de la LME o LMComp, o sobre la duración total de cualquier tipo de lactancia materna. También se incluyeron revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados que comparaban el efecto, sobre la duración de los diferentes tipos de lactancia, de diferentes intervenciones de protección, promoción y apoyo a la lactancia y otros que comparaban el efecto de diferentes prácticas de lactancia materna sobre distintos procesos patológicos de la infancia y la edad adulta. Por último, también se seleccionaron estudios de metodología cualitativa y, eventualmente, artículos teóricos, cartas o editoriales.

Tabla 3. Síntesis de la metodología de los estudios incluidos en la tesis doctoral.

Estudio*	Diseño	Emplazamiento	Participantes	Variables independientes	Variables dependientes	Recogida de datos	Principales análisis
Estudio 1 (pág. 73 y 73)	Descriptivo longitudinal.	Elda (Alicante). 2002-2003.	270 madres con RN sanos que iniciaron la lactancia. (m. Accidental).	<p>Edad. Estado civil. Nivel de estudios. Clase social familiar.</p> <p>Paridad. Tipo de parto. Sexo y peso del lactante. Ingreso en UCI Neonatal.</p> <p>Experiencia anterior de lactancia (duración y evaluación materna). Educación prenatal. Tiempo previsto de lactancia.</p> <p>Momento del primer contacto. Cohabitación. Uso del chupete. Administración de suplementos. Duración y frecuencia de las tomas. Ayuda a la lactancia. Recomendación de reducir o abandonar la lactancia. Regalo de muestras de LA.</p> <p>Colaboración de la pareja en las tareas domésticas. Número de personas <5 años o discapacitadas a cargo de la mujer. Incorporación al trabajo posparto. Prestación por maternidad.</p>	<p>Momento del abandono de la LMCComp.</p> <p>Momento del abandono de la lactancia materna.</p>	<p>Entrevista el 1er mes posparto.</p> <p>Entrevista telefónica a los 4 y 6 meses posparto.</p>	<p>Objetivo descriptivo: Análisis de supervivencia (Kaplan-Meier).</p> <p>Objetivo analítico: Identificación de diferencias por tipos de lactancia entre grupos (pruebas de Mantel-Cox) Regresión de Cox.</p>
Estudio 2 (pág. 73)	Desarrollo y evaluación de una intervención de mejora.	Hospital de Yecla (Murcia). 1997-2005.	1273 niños. (m. Aleatoria).	<p>Año de nacimiento: 1997, 2001, 2003, 2005.</p>	<p>Cumplimiento de los CG (BFHI).</p> <p>Momento del primer contacto. Momento de la primera toma. Evaluación de la primera toma. Suplementos de LA en ingreso. Lactancia al alta. Lactancia a los 1, 2, 3, 5 y 7 meses de vida.</p>	<p>Historia clínica hospitalaria y de atención primaria. Entrevistas telefónicas (2005).</p>	<p>Proporciones y medianas de duración de la lactancia. Odds Ratio por edad de no ser amamantado (2005 versus 1997).</p>
Estudio 3 (pág. 73 y 74)	Estudio metodológico.	Hospitales de Elche y Alicante (Alicante). 2008-2009. Hospital de Orihuela (Alicante). 2010.	<p>150 madres con lactancia materna y RN sanos. (m. Accidental). (2008-2009).</p> <p>135 madres con lactancia materna y RN sanos. (m. Accidental). (2010).</p>	<p>Edad. Estado civil. Nivel de estudios. País de origen. Paridad. Tipo de parto. Peso del lactante.</p> <p>Escala BSES-SF. Ítem global de autoeficacia para la lactancia. Escala General de Autoeficacia (2010). Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (2010).</p> <p>Experiencia anterior de lactancia (duración y evaluación materna).</p>	<p>Tipo de lactancia durante el ingreso posparto. Tipo de lactancia a las 6 semanas posparto (2008-2009). Tipo de lactancia a las 3 semanas posparto (2010).</p>	<p>Batería de cuestionarios al alta posparto. Entrevista telefónica 6 semanas posparto. (2008-2009). Entrevista telefónica 3 semanas posparto. (2010).</p>	<p>Coefficiente α de Cronbach. Correlación ítem-total corregida. Estimación de α al eliminar el ítem. Análisis de componentes principales. Examen de las evidencias convergentes y divergentes.</p>

* *Estudio 1*: descripción del abandono prematuro de la lactancia materna y análisis de los factores relacionados; *Estudio 2*: impacto de una intervención de mejora de las prácticas hospitalarias; *Estudio 3*: adaptación cultural de una escala de autoeficacia para la lactancia materna.

Capítulo IV:

Publicaciones que componen la tesis.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1 Estudio 1: descripción del abandono prematuro de la lactancia materna y análisis de los factores relacionados.

1.1 Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses (Artículo).

Oliver-Roig A, Chulvi-Alabort V, López-Valero F, Lozano-Dura MS, Seva-Soler C, Pérez-Hoyos S. Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses. Enferm Clin. 2008 Nov-Dec;18(6):317-20.

Ver en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35>

1.2 Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months (Artículo).

Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Alvarez JC et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. Rev Lat Am Enfermagem. 2010 May-Jun;18(3):373-80.

Ver en: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>

2 Estudio 2: Proceso de implantación y evaluación de resultados de actividades de protección, promoción y apoyo a la lactancia.

2.1 Becoming baby-friendly in Spain: a quality-improvement process (Artículo).

García-de-León-González R, Oliver-Roig A, Hernández-Martínez M, Mercader-Rodríguez B, Muñoz-Soler V, Maestre-Martínez MI et al. Becoming baby-friendly in Spain: a quality-improvement process. Acta Paediatr. 2011 Mar; 100(3):445-50.

Ver en: <http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0803-5253&site=1>

3 Estudio 3: Adaptación cultural de una escala de autoeficacia para la lactancia materna.

3.1 Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna (Artículo).

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(1): 3-8.

Ver en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion>

3.2 The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment (Artículo).

Oliver-Roig A, Anglade-González ML, García-García B, Silva-Tubio JR, Richart-Martínez M, Dennis CL. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and Validity Assessment. International Journal of Nursing Studies (In press).

Ver en: http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/266/description



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Capítulo V:

Resumen global y discusión de los resultados.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1. Principales hallazgos.

En esta tesis doctoral se han aportado nuevos datos descriptivos sobre el abandono prematuro de la lactancia materna, así como sobre los factores relacionados con este fenómeno en diferentes muestras españolas de madres y lactantes. Además, por primera vez en un área de salud española, se ha descrito el efecto sobre el abandono prematuro de la lactancia de una intervención de mejora orientada a adecuar las prácticas hospitalarias, durante su proceso de implementación y tras su implementación. Finalmente, se ha adaptado a nuestro contexto una herramienta para la medición de la percepción de las madres sobre su autoeficacia para la lactancia materna y se han aportado las primeras evidencias sobre su fiabilidad y validez. En la tabla 4 se muestra una síntesis de los principales resultados aportados en esta tesis doctoral.

En el primer estudio se obtuvo una mediana de LMComp de 120 días (intervalo de confianza [IC] del 95%, 111,17-128,83) y de duración total de la lactancia materna de 171 días (IC del 95%, 151,40 a >180). Además, se detectaron dos momentos clave para el abandono prematuro de la lactancia materna: las primeras semanas posparto y a partir del cuarto mes. El abandono prematuro tras el alta hospitalaria está seguramente relacionado con la aparición de problemas y dificultades de lactancia, vinculadas a la necesidad de adquirir nuevas habilidades y al ajuste a la nueva situación (66-67, 121-122). El abandono posterior, cuando la lactancia materna se convierte en una práctica más fácil y natural (121), está relacionado con el retorno de la madre al trabajo remunerado (34, 68), que en España suele ser a las dieciséis semanas posparto. Además, en el contexto del estudio persistían prácticas profesionales desfavorecedoras de la lactancia materna en este segundo periodo, como la

recomendación profesional de introducir la alimentación complementaria antes de los seis meses de vida.

El abandono mantenido de la lactancia materna tras los picos de abandono de la LMComp y la mediana de duración de la LMParc de tan sólo treinta días, descritos en el estudio 1, pueden explicarse por el mayor riesgo de abandono de la lactancia materna tras introducir los suplementos de leche artificial (34, 48). Este abandono está relacionado con el descenso de la producción de leche materna debido a una menor demanda del bebé tras introducir los suplementos (122-123). El abandono de la LMComp es posiblemente un indicador más sensible que el de la lactancia materna para detectar los momentos de mayor riesgo de abandono durante un seguimiento, debido a que el abandono total de la lactancia es más mantenido durante el seguimiento.

Los resultados del estudio 1 muestran la asociación con el abandono de la LMComp y de la lactancia materna de variables como no haber amamantado anteriormente, haberlo hecho por menos de cuatro meses y tener una peor valoración de la experiencia anterior. Un menor nivel de estudios se relaciona con un mayor abandono de la lactancia materna y los chupetes o suplementos ocasionales de leche artificial en el hospital con el abandono de la LMComp. Además, se muestra como la asistencia a sesiones de educación prenatal es un factor protector para la LMComp y la duración total de la lactancia. La influencia de estas variables ha sido identificada en otros estudios (33-34, 48, 53, 124). Sin embargo, hasta el momento de la publicación del trabajo no se había incluido la valoración materna de la experiencia anterior como una variable predictiva, que en el estudio 1 está asociada a HR ajustadas mayores de 2.

Por otra parte, la intervención del estudio 2 se asoció a un aumento progresivo de la mediana de lactancia materna durante los años de implementación, que pasó de dos meses, en el año 1997, a siete meses, en el año 2005, siendo la mediana nacional española menor de seis meses (23). La probabilidad de que un lactante recibiera lactancia materna, desde el alta posparto a los siete meses de vida, fue, en 2005, entre el 45% y el 86% mayor que la de otro nacido en el año 1997. Estos resultados aportan también nuevas evidencias sobre el hecho, sugerido por otros autores (62-63), de que el riesgo de abandono prematuro de la lactancia es mayor cuantos más obstáculos existan en los hospitales.

Los resultados del estudio 2 mostraron la utilidad de las estrategias propuestas para la implementación de programas complejos como la BFHI: (i) en la autoevaluación inicial de noviembre de 2000 en el HVC se constató un incumplimiento de todos los CG. (ii) En la preevaluación de octubre de 2002, se cumplían en su totalidad los CG referidos a los pasos 1 y 9 sobre la existencia de una política visible, pública y accesible sobre lactancia materna y el uso de chupetes y tetinas. Además, se cumplían parcialmente los pasos 3 a 8, ya que existía consenso sobre el contenido de la educación prenatal y ésta no incluía sesiones grupales sobre LA, se promovía el contacto precoz, la cohabitación y el inicio precoz de la lactancia materna tras el parto vaginal, se había eliminado la publicidad sobre alimentos infantiles diferentes de la leche materna y la administración de suplementos no justificados en la Unidad de Maternidad y se había establecido como norma la lactancia materna a demanda. (iii) Finalmente, el HVC superó todos los CG en la evaluación externa de junio de 2004 y en noviembre del mismo año recibió el galardón de hospital IHAN.

La primera fase del estudio 3 aportó algunas evidencias sobre la fiabilidad y validez de la versión española de la escala BSES-SF desarrollada por el primer equipo de traductores/retrotraductores. Dicha versión mostraba un coeficiente alfa de Cronbach de 0,79, que no se incrementaba en más de 0,10 al eliminar alguno de los ítems. Sin embargo, dos de los ítems (9 y 10) presentaban correlaciones ítem-test corregidas por debajo de 0,30 y saturaciones por debajo de 0,30 en el análisis de componentes principales forzando la extracción en un factor. Por otra parte, se identificó una relación estadísticamente significativa entre la puntuación total de la escala y variables como la experiencia previa en lactancia materna, el ítem global de autoeficacia y un mayor número de hijos. En cambio, no se pudieron aportar pruebas sobre la validez predictiva del instrumento, ya que no se detectaron diferencias en las puntuaciones de la escala según el tipo de lactancia a las seis semanas posparto.

Finalmente, la segunda fase del estudio 3 aportó buenas evidencias sobre la fiabilidad y validez de la versión española definitiva de la escala BSES-SF, consistentes con el estudio original (111). Dicha versión mostraba un coeficiente alfa de Cronbach de 0,92, que no se incrementaba en más de 0,10 al eliminar alguno de los ítems. Las correlaciones ítem-test corregidas eran $>0,50$. El análisis de componentes principales forzando la extracción en un factor confirmó la estructura unidimensional del instrumento, con saturaciones $>0,30$ en todos los ítems. Por otra parte, se confirmaron todas las hipótesis planteadas para la validez de constructo, incluyendo las correlaciones positivas entre la puntuación total de la escala con las puntuaciones de las escalas de autoeficacia general, y se identificaron diferencias en las puntuaciones de la versión española

de la escala BSES-SF entre las madres que ofrecían LME y las que ofrecían LMPred, LMParc o LA a las tres semanas posparto.

2. Fortalezas y limitaciones de la tesis.

Esta tesis doctoral aporta conocimientos sobre los factores relacionados con el abandono prematuro de la lactancia desde una perspectiva amplia, que incluye: (i) aspectos relacionados con la toma de decisiones de las mujeres, como la autoeficacia y la experiencia anterior en lactancia o el tiempo previsto de lactancia durante la gestación y; (ii) la influencia de factores del nivel de relaciones y comunitario, como las intervenciones educativas, las prácticas hospitalarias y el apoyo recibido por la madre en el posparto, de los profesionales y el entorno familiar. Además, (iii) se tuvieron en cuenta los posibles efectos de variables relacionadas con el rol social de la mujer, como la existencia de personas dependientes a su cargo en el hogar, la prestación por maternidad escogida y su incorporación al trabajo remunerado.

Hasta la publicación de los primeros artículos de la tesis, vinculados al estudio 1 (páginas 73 y 73), eran escasos los estudios españoles que aportaran información sobre las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño utilizando definiciones de los tipos de lactancia basadas en la clasificación propuesta por la OMS (tabla 1, página 28). La descripción de los resultados mediante este tipo de indicadores facilita al lector la interpretación adecuada y su comparación con otros estudios, tanto de ámbito nacional como internacional.

La limitación principal del estudio 1 está relacionada con la comparabilidad de los resultados, debido a la captación de una muestra accidental. Aunque los

datos sobre duración de la lactancia son similares a otros estudios realizados con muestras españolas (125-126), la muestra de Elda podría estar compuesta por mujeres sensibilizadas con el cuidado de la salud o bien que acudieron a la consulta tras sufrir problemas en la lactancia. Por otra parte, el tamaño de la muestra pudo dificultar la identificación de factores de riesgo con un impacto menor sobre la duración de los diferentes tipos de lactancia.

En relación a la mejora de la calidad de la atención proporcionada por los profesionales sanitarios, la mayor dificultad para el desarrollo de intervenciones consiste en ponerlas en marcha en la práctica diaria (127). Sin embargo, las publicaciones sobre el proceso y los elementos que intervienen en el éxito de la implementación de mejora son todavía escasas (127). El estudio 2 integra la descripción de cómo se implementó la intervención de mejora y la de la evolución de las tasas de lactancia durante el proceso. Estos aspectos no habían sido descritos con tanto detalle en las publicaciones anteriores sobre la BFHI (101, 128-131).

Por otra parte, en el estudio 2 se compararon datos sobre lactancia en dos periodos diferentes, sin un grupo control. En consecuencia, el estudio no permite llegar a conclusiones definitivas sobre la efectividad de la BFHI. Parte de los incrementos descritos en las tasas de lactancia, podrían atribuirse al aumento secular de las tasas de lactancia existente en España y el resto de Europa (18). Sin embargo, aunque las tasas de lactancia de los nacidos en el HVC en el año 1997 fueron similares a las de otros hospitales en ese mismo periodo (15, 81), el aumento descrito con la implementación de la BFHI y la duración de la lactancia en el año 2005, tras la implementación, son claramente mayores que en los datos disponibles del resto del país (23, 81, 132). Esto

refuerza la hipótesis de que la BFHI fue un factor decisivo en la mejora de las tasas de lactancia en el ámbito de atención del HVC. Por otra parte, los resultados sobre la evolución de las tasas de lactancia durante los años 2001 y 2003 deben ser considerados sólo como una tendencia hacia el aumento de las tasas de lactancia, ya que pueden estar afectados por la falta de datos sobre lactancia en uno de los centros de salud del área de influencia del HVC, que atendía al 10% de la población.

En el Estudio 3 se intentó replicar la metodología utilizada en estudios anteriores de adaptación del mismo instrumento, lo que facilita la comparación de los resultados con los de otros contextos culturales. Se han aportado suficientes datos sobre la fiabilidad y validez de la versión española de la BSES-SF y nuevas evidencias que no se habían aportado hasta ahora para el instrumento, como la relación de la puntuación total de la escala con la valoración materna de la experiencia anterior en lactancia o la puntuación de otras escalas sobre autoeficacia. La falta de datos sobre la capacidad predictiva de la BSES-SF sobre el estatus de lactancia, más allá de las tres semanas posparto, o sobre su funcionamiento en grupos con desigualdades en salud, son limitaciones de este estudio. Además, la versión traducida de la BSES-SF precisará de validaciones lingüísticas ajustadas para su uso en otros países de habla española.

La revisión de la bibliografía que corresponde al capítulo de libro, incluida como anexo en esta tesis doctoral, aporta una descripción organizada de los principales factores relacionados con el abandono prematuro de la lactancia, basada en el modelo ecológico. Esta organización del discurso sobre el conocimiento disponible, poco común en la literatura existente sobre el tema

(35), permite identificar más fácilmente los principales factores y la relación entre ellos y, probablemente, facilitará el estudio del tema y la ampliación de información mediante nuevas búsquedas bibliográficas a los lectores del capítulo de libro. Las limitaciones de la síntesis de la bibliografía incluyen las de cualquier otra revisión no sistemática y derivan de la utilización de métodos informales y subjetivos para seleccionar e interpretar los estudios; esto supone un mayor riesgo de promover los propios puntos de vista sobre el tema (118).

3. Implicaciones para la práctica.

La implicación de profesionales de diferentes hospitales en los estudios del compendio y el uso de sus resultados en procesos de mejora concretos aportan un valor añadido a la tesis. Se ha cumplido el objetivo de generar conocimiento útil para la sociedad, facilitando a los profesionales información valiosa para la mejora de las actividades de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

En relación al uso más eficiente de los recursos existentes para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna, los resultados del primer estudio sugieren la necesidad de dirigirlos especialmente a mejorar el apoyo tras el alta y en el momento de reiniciar el trabajo remunerado, especialmente a las madres que ofrecen LMParc. Además, puede ser útil establecer mecanismos de identificación de los grupos de población con mayor riesgo de abandono: las madres sin experiencia anterior, con poca experiencia en lactancia o con experiencia anterior negativa y con menor nivel de estudios. La información del estudio de Elda fue utilizada posteriormente por la Comisión

Clínica de Lactancia materna del Departamento de Salud, para la evaluación y planificación de sus intervenciones.

Describir en detalle la implementación de la intervención de mejora del estudio 2 y de su impacto sobre las tasas de lactancia implicó un gran esfuerzo de concreción. La intervención había supuesto la puesta en marcha de numerosas actividades de mejora, en diferentes servicios del HVC, por parte de un nutrido grupo multidisciplinar de profesionales, durante un periodo de cinco años. Sin embargo, la disponibilidad de este tipo de datos puede, sin duda, facilitar la aplicación de intervenciones similares en otros hospitales españoles. Son todavía escasas las publicaciones sobre el proceso y los elementos que intervienen en el éxito de la implementación de mejoras en los servicios de salud (127).

Hasta la publicación de los resultados de este segundo estudio (página 73), no se había descrito en España el proceso de implementación de una intervención de mejora basada en la BFHI, ni su impacto sobre las tasas de lactancia, aunque sí en otros países (89, 94-95, 104). No hemos encontrado otras publicaciones donde se describa la evolución de las tasas de lactancia durante la implementación de la BFHI. La importancia de esta publicación quedó patente tras la reciente definición de las recomendaciones sobre investigación, desarrolladas en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En esta estrategia se instaba a analizar los procesos de innovación aplicados para implantar las buenas prácticas en la atención al embarazo, parto, nacimiento, puerperio y cuidados neonatales, así como a identificar sus resultados (76).

Las pruebas aportadas sobre la relación de las actividades profesionales, en el nacimiento y los días posteriores, con el abandono prematuro de la lactancia materna sugieren que, la implementación de la BFHI debería llevarse a cabo como opción preferente, en lugar de desarrollar otras intervenciones centradas exclusivamente en las decisiones individuales de las madres.

La disponibilidad de una herramienta para medir la percepción de autoeficacia para la lactancia materna de las madres españolas puede ser de utilidad para identificar las mujeres con más riesgo de abandono prematuro de la lactancia, individualizar las estrategias de mejora de la confianza en la lactancia materna y evaluar la efectividad de posibles intervenciones profesionales. Hasta la publicación de los resultados del tercer estudio del compendio (páginas 73 y 74), no existían herramientas válidas y fiables, adaptadas al contexto español, para medir la confianza materna en su capacidad para amamantar.

Por último, se espera que, tras su publicación, el capítulo del libro incluido en el compendio (página 110) sea una adecuada fuente de información sobre los aspectos fundamentales del abandono prematuro de la lactancia y un recurso bibliográfico útil para los estudiantes y profesionales de las ciencias de la salud.

4. Implicaciones para la investigación.

El formato de compendio de publicaciones de esta tesis permite asegurar la difusión de los resultados entre la comunidad científica. Dos de los artículos han sido publicados en revistas nacionales de amplia difusión entre los profesionales de enfermería y matronas, mientras que los otros tres, han sido publicados en revistas internacionales incluidas en el Journal Citation Reports (JCR).

Las variables relevantes identificadas en el estudio 1 han sido consideradas para el diseño de nuevos estudios relacionados con la lactancia materna en los que participa el autor de esta tesis. La variable sobre la valoración materna de la experiencia anterior en lactancia materna, se utilizó para aportar pruebas de validez de constructo para la escala de autoeficacia del estudio 3 y también ha sido incorporada en estudios posteriores.

La versión española de la escala BSES-SF, sobre autoeficacia para la lactancia materna, adaptada en el estudio 3, ha sido incluida entre los instrumentos de un proyecto multidisciplinar, liderado desde el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante, que recibió financiación del subprograma de proyectos de investigación en evaluación de tecnologías sanitarias y servicios de salud del Ministerio de Ciencia e Innovación (PI09/900899). En este proyecto se pretenden aportar nuevos datos de fiabilidad y validez de diversas herramientas relacionadas con las percepciones y experiencia maternas en relación con la lactancia, para las que ya existen versiones en español (satisfacción materna con la lactancia y autoeficacia durante la gestación), y adaptar nuevas herramientas para las que no existen versiones en español (actitudes hacia la lactancia). La inclusión de la BSES-SF permitirá obtener datos sobre validez de criterio y constructo del resto de instrumentos.

Además, la versión española de la escala BSES-SF ha sido incluida en otro proyecto, recientemente financiado por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Ciencia e Innovación (PI11/02124), también liderado desde el Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante, sobre la experiencia materna durante el parto. La inclusión de la BSES-SF en este proyecto permitirá obtener datos sobre la relación de la experiencia del parto con los resultados en lactancia materna.

Finalmente, la versión española de la escala BSES-SF está siendo utilizada en diversos proyectos surgidos de la actividad docente del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante, como algunos proyectos vinculados a la formación en investigación de las residentes de la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana, y se prevé su uso en futuros proyectos de colaboración con otros centros y departamentos.

La actividad investigadora desarrollada en los estudios incluidos en esta tesis facilitó el contacto entre personas y el flujo de ideas entre los participantes de las diferentes instituciones, lo que permitió que un nutrido grupo de profesionales, interesados en la investigación, se integraran en equipos de trabajo, que posteriormente han participado en los nuevos proyectos citados.

Por último, tras la publicación de la primera experiencia en Yecla, descrita en el estudio 2, se está llevando a cabo un proyecto de monitorización de indicadores clave, para controlar tanto de las tasas de inicio y exclusividad de la lactancia y su duración, como la continuidad de las intervenciones implementadas. Alguno de los indicadores incluidos en este nuevo proyecto, ya formaron parte del estudio presentado en este compendio.

Tabla 4. Síntesis de los resultados de las publicaciones incluidas en la tesis doctoral.

Estudio*	Resultados descriptivos	Resultados principales	Limitaciones del estudio	Conclusiones
Estudio 1 (pág. 73 y 73)	<p>Abandono de la LMComp mayor en las primeras 2 semanas y a los 4 meses. Abandono de la lactancia materna progresivo tras el abandono de la LMComp (n=270).</p> <p>Variables asociadas con el abandono de la LMComp (n=246): No experiencia anterior: HR=4,44 (IC95%=2,60-7,58). Lactancia anterior ≤4 meses: HR=2,62 (IC=1,56-4,37). Peor valoración experiencia anterior: HR=2,04 (IC=1,24-3,36). Uso de chupetes: HR=1,39 (IC=1,02-1,89). Suplementos ocasionales en hospital: HR=1,66 (IC=1,24-2,23). Sesiones de educación prenatal: HR=0,41 (IC=0,28-0,61).</p> <p>Variables asociadas con el abandono de la lactancia (n=246): Estudios primarios o menores: HR=2,00 (IC=1,27-3,15). No experiencia anterior: HR=6,21 (IC=2,72-14,17). Lactancia anterior ≤4 meses: HR=3,67 (IC=1,75-7,72). Peor valoración experiencia anterior: HR=2,02 (IC=1,04-3,91). Sesiones de educación prenatal: HR=0,46 (IC=0,23-0,73).</p>	<p>Abandono de la LMComp mayor en las primeras 2 semanas y a los 4 meses. Abandono de la lactancia materna progresivo tras el abandono de la LMComp (n=270).</p> <p>Variables asociadas con el abandono de la LMComp (n=246): No experiencia anterior: HR=4,44 (IC95%=2,60-7,58). Lactancia anterior ≤4 meses: HR=2,62 (IC=1,56-4,37). Peor valoración experiencia anterior: HR=2,04 (IC=1,24-3,36). Uso de chupetes: HR=1,39 (IC=1,02-1,89). Suplementos ocasionales en hospital: HR=1,66 (IC=1,24-2,23). Sesiones de educación prenatal: HR=0,41 (IC=0,28-0,61).</p> <p>Variables asociadas con el abandono de la lactancia (n=246): Estudios primarios o menores: HR=2,00 (IC=1,27-3,15). No experiencia anterior: HR=6,21 (IC=2,72-14,17). Lactancia anterior ≤4 meses: HR=3,67 (IC=1,75-7,72). Peor valoración experiencia anterior: HR=2,02 (IC=1,04-3,91). Sesiones de educación prenatal: HR=0,46 (IC=0,23-0,73).</p>	<p>Muestreo no aleatorio.</p> <p>Mujeres sensibilizadas con el cuidado de su salud.</p> <p>Falta de potencia para identificar diferencias en variables con menor impacto sobre la lactancia.</p> <p>No se tienen en cuenta todas las variables que influyen sobre la lactancia.</p>	<p>La DI de abandono de la LMComp es mejor indicador que la DI de abandono de la lactancia.</p> <p>Deberían proveerse recursos de apoyo a la lactancia: A mujeres sin experiencia o con experiencia negativa. A mujeres con menor nivel de estudios o acceso difícil a la educación prenatal. Tras el alta y en el momento de retorno al trabajo especialmente a las madres que ofrecen LMPParc.</p> <p>Debería existir control de rutinas hospitalarias que influyen en el abandono precoz de la lactancia.</p>
Estudio 2 (pág. 73)	<p>Implementación progresiva de actividades de mejora.</p> <p>Duración de la lactancia materna: 1997: 2 meses. (n=321). 2001: 4 meses. (n=260). 2003: 5 meses. (n=260). 2005: 7 meses. (n=432).</p>	<p>El cumplimiento de los CG se fue incrementando progresivamente durante la intervención. En 2004 se cumplieron todos los CG.</p> <p>OR de ser amamantado en 2005 respecto 1997, entre 0,55 (IC95%: 0,38-0,79) y 0,14 (IC95%: 0,09-0,2) según la edad.</p>	<p>No existe grupo control.</p> <p>Los datos de 2001 y 2003 no incluyen a toda la población.</p> <p>Otras actividades de protección, promoción y apoyo a la lactancia en 2005.</p>	<p>Son útiles para implementar la BFHI: participación de todos los grupos de interés; formación de los profesionales; auditoría y feedback de la información; y provisión de nuevos recursos.</p> <p>La práctica de la lactancia materna está ligada a la adecuación de las actividades profesionales tras el nacimiento.</p>
Estudio 3 (pág. 73 y 74)	<p>Edad media 30,4 años±4,98. 81% españolas. 41,3% estudios primarios. 36% hijos anteriores. 32,7% con experiencia anterior. 17,3% cesáreas.</p> <p>80% LMComp al alta. 20% LMPParc al alta.</p>	<p>Puntuación media BSES-SF: 51±7,94. Coeficiente CI de Cronbach: 0,79. Correlación ítem-total corregida: ítems 9 y 10 < 0,30. Estimación de CI al eliminar el ítem: incrementos < 0,10. Al forzar la extracción a un factor, saturación ítems 9 y 10 < 0,30.</p> <p>Puntuación BSES-SF > a mayor número de hijos, si experiencia previa, a mejor valoración de la experiencia previa y a mayor puntuación del ítem global de autoeficacia.</p> <p>No diferencias según tipo de lactancia al alta y a las 6 semanas.</p>	<p>Posible falta de muestra para encontrar diferencias según el tipo de lactancia.</p> <p>Existen ítems que no funcionan bien.</p> <p>Posibles problemas en el proceso de validación lingüística.</p>	<p>Es necesario determinar si los problemas en los ítems de la versión de la escala se deben a problemas estructurales o bien a problemas en el proceso de validación lingüística.</p>
	<p>Edad media 30,1 años±5,03. 85,9% españolas. 46,7% estudios primarios. 51,1% hijos anteriores. 46,7% con experiencia anterior. 20% cesáreas.</p> <p>80% LMComp al alta. 20% LMPParc al alta.</p>	<p>Puntuación media BSES-SF: 51,94±11,22. Coeficiente CI de Cronbach: 0,92. Correlación ítem-total corregida ≥0,50. Estimación de CI al eliminar el ítem: incrementos < 0,10. Estructura unidimensional. Saturación ítems ≥0,55.</p> <p>Puntuación BSES-SF mayor a mayor número de hijos, si experiencia previa, a más duración y mejor valoración de la experiencia previa, a mayor puntuación del ítem global de autoeficacia o de las escalas de autoeficacia general y si LME al alta y a las 3 semanas.</p>	<p>Seguimiento corto para determinar la duración de la lactancia.</p> <p>No se ha incluido análisis en grupos desfavorables.</p> <p>No se ha adaptado para el español utilizado fuera de España.</p>	<p>La versión traducida al español de la escala BSES-SF puede ser considerada una herramienta válida y fiable de la autoeficacia para la lactancia materna en España.</p>

*Estudio 1: descripción del abandono prematuro de la lactancia materna y análisis de los factores relacionados.; Estudio 2: impacto de una intervención de mejora de las prácticas hospitalarias; Estudio 3: adaptación cultural de una escala de autoeficacia para la lactancia materna.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Capítulo VI:

Conclusiones finales.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Como conclusiones finales de la tesis cabe afirmar que:

- 1 Los resultados sugieren la necesidad de aumentar el apoyo tras el alta, especialmente a las madres que ofrecen LMParc y al reiniciar el trabajo.
- 2 El éxito de la lactancia materna está muy vinculado a la existencia de una experiencia positiva anterior, por lo que para priorizar los recursos de apoyo profesional deberían tenerse en cuenta al grupo de madres sin experiencia anterior en lactancia materna o con una experiencia anterior negativa.
- 3 La provisión de información adecuada puede ser un factor protector de la lactancia y debería ser accesible especialmente para madres con menor nivel de estudios o con un acceso más difícil a la información necesaria.
- 4 Las actividades profesionales incluidas en la BFHI influyen decisivamente sobre las tasas de lactancia.
- 5 Las estrategias seguidas para la implementación de la BFHI en el HVC, basadas en la participación de los grupos de interés, la formación, la auditoría y el feed-back y la provisión de nuevos recursos de apoyo, fueron útiles para la implantación de la BFHI en un hospital español.

- 6 La versión española de la escala BSES-SF puede ser considerada como una medida válida y fiable de la autoeficacia de las madres para la lactancia materna en España.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Referencias bibliográficas.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Referencias bibliográficas.

1. Oliver-Roig A, Chulvi-Alabort V, López-Valero F, Lozano-Dura MS, Seva-Soler C, Pérez-Hoyos S. Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses. *Enferm Clin.* 2008 Nov-Dec;18(6):317-20.
2. 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(1): 3-8.
3. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Alvarez JC et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010 May-Jun;18(3):373-80.
4. García-de-León-González R, Oliver-Roig A, Hernández-Martínez M, Mercader-Rodríguez B, Muñoz-Soler V, Maestre-Martínez MI et al. Becoming baby-friendly in Spain: a quality-improvement process. *Acta Paediatr.* 2011 Mar; 100(3):445-50.
5. Oliver-Roig A, Anglade-González ML, García-García B, Silva-Tubio JR, Richart-Martínez M, Dennis CL. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and Validity Assessment. *International Journal of Nursing Studies* (In press).
6. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L et al; Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet.* 2008 Jan 26;371(9609):340-57.
7. WHO, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO, 2003.
8. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2005; 115:496-506.
9. Hodinott P, Tappin D, Wright CH. Breast feeding. *BMJ.* 2008; 336: 881-887.
10. Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr.* 2006 May;95(5):540-6.
11. Paricio Talayero JM, Lizán-García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M et al. Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics.* 2006 Jul;118(1):e92-9.
12. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C.: OPS, 2010.
13. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Proposición No de Ley relativa a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, con especial atención a la iniciativa Hospital Amigo de los Niños. Comisiones núm 831 de 16/12/1999.
14. Boletín Oficial de las Cortes valencianas de 28 de febrero de 2000. Resolución 36/V sobre protección, promoción y apoyo a la lactancia

- materna, aprobada por la Comisión de Sanidad y Consumo el 15 de febrero de 2000 (RE 660). BOCV núm 33 de 28/02/2000.
15. De la Torre MJ, Martín-Calama J, Hernandez-Aguilar MT; Spanish Committee on Human Lactation, Spanish Paediatric Association. Breast-feeding in Spain. *Public Health Nutr.* 2001 Dec; 4(6A):1347-51.
 16. Wolf JH. Low breastfeeding rates and public health in the United States. *Am J Public Health.* 2003 Dec; 93(12):2000-10.
 17. Labbok MH, Wardlaw T, Blanc A, Clark D, Terreri N. Trends in exclusive breastfeeding: findings from the 1990s. *J Hum Lact.* 2006 Aug;22(3):272-6.
 18. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutr.* 2001 Apr;4(2B):631-45.
 19. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet.* 2008 Jan 19;371(9608):243-60.
 20. Callen J, Pinelli J. Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: a literature review. *Birth.* 2004;31(4):285-92.
 21. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005;8:39-46.
 22. Coloro-Conde L, Sánchez-Romera JF, Tornero-Gómez MJ, Pérez-Riquelme F, Polo-Tomás M, Ordoñana JR. Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: breastfeeding trends over a 40-year period in Spain. *J Hum Lact.* 2011 Aug;27(3):272-8.
 23. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Madrid (España): Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
 24. Heinig MJ. Host defense benefits of breastfeeding for the infant. Effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Feb;48(1):105-23.
 25. Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics.* 2001; 108: E67.
 26. Bahl R, Frost C, Kirkwood BR, Edmond K, Martines J, Bhandari N et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 418-26.
 27. UNHCR/UNICEF/WFP/WHO. Food and nutrition needs in emergencies. Rome: World Food Programme, 2003.

Referencias bibliográficas.

28. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2011 Jul;128(1):103-10. Epub 2011 Jun 13.
29. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr*. 2003 Aug;78(2):291-5.
30. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, Dodgson JE, Abiona TC, Heinig MJ. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact*. 2005 Aug;21(3):245-58.
31. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD001329.
32. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002 Jan-Feb;31(1):12-32.
33. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth*. 2010 Dec;23(4):135-45.
34. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009 May-Jun;38(3):259-68.
35. Hector D, King L, Webb K, Heywood P. Factors affecting breastfeeding practices: applying a conceptual framework. *N S W Public Health Bull*. 2005 Mar-Apr;16(3-4):52-5.
36. Van Esterik P. The cultural context of breastfeeding and breastfeeding policy. *Food and Nutrition Bulletin* 1996; 17(4): :422-431.
37. Colin WB, Scott JA: Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeed Rev* 2002, 10(2):13-19.
38. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Dev Psychol*. 1986; 22(6):723-42.
39. Quandt SA. Ecology of breastfeeding in the United States: An Applied Perspective. *American J Hum Biol*. 1998; 10: 221-228.
40. Vitzthum VJ, Aguayo VM. Ecology of breastfeeding: Approaches toward improvement of women's and children's health. *American J Hum Biol*. 1998; 10(2):145-9.
41. Tiedje LB, Schiffman R, Omar M, Wright J, Buzzitta C, McCann A et al. An ecological approach to breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2002; 27 (3): 154-61.
42. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington, DC. Geneva: WHO, 2007.
43. Labbok M, Krasovec K. Toward consistency in breastfeeding definition. *Studies of Family Planning* 1990; 21:226-230.
44. Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. Does delayed perception of the onset of lactation shorten breastfeeding duration? *J Hum Lact*. 1999; 15(2):107-11; quiz 137-9.

45. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*. 2003; 112(3 Pt 1):607-19.
46. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact*. 2003; 19(2):145-56.
47. Akre, J. (editor). *Infant feeding. The physiological basis*. Geneva, World Health Organization Bulletin, Supplement, Vol. 67, 1989.
48. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48(2):273-97.
49. Auerbach KG. Evidence-based care and the breastfeeding couple: key concerns. *J Midwifery Womens Health*. 2000;45(3):205-11.
50. Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth*. 1998 Mar;25(1):40-4.
51. Santo LCDE, de Oliveira LD, Giugliani ERJ: Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*. 2007; 34(3):212-219.
52. Kronborg H, Vaeth M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *Birth*. 2009 Mar;36(1):34-42.
53. Kramer MS, Fombonne E, Igumnov S, Vanilovich I, Matush L, Mironova E et al; Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. *Pediatrics*. 2008 Mar;121(3):e435-40.
54. Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health*. 2006 Aug;29(4):256-68.
55. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact*. 1999 Sep;15(3):195-201.
56. DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Educ Behav*. 2005 Apr; 32(2):208-26.
57. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr*. 2001 Apr;4(2B):729-39.
58. Division of Child Health and Development: Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 1999.
59. Cattaneo A, Buxxetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ* 2001; 323: 1358-62.
60. WHO, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO, 1989.
61. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD003519.

62. Dulon M, Kersting M, Bender R. Breastfeeding promotion in non-UNICEF-certified hospitals and long-term breastfeeding success in Germany. *Acta Paediatr.* 2003 Jun;92(6):653-8.
63. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics.* 2008;122 Suppl 2:S43-9.
64. McInnes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs.* 2008 May;62(4):407-27.
65. Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery.* 2009 Apr;25(2):187-94.
66. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics.* 2006 Apr;117(4):e646-55.
67. Dykes F, Williams C. Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. *Midwifery* 1999; 15: 232-46
68. Tarrant M, Fong DY, Wu KM, Lee IL, Wong EM, Sham A et al. Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010 May 29;10:27.
69. Staehelin K, Berteau PC, Stutz EZ. Length of maternity leave and health of mother and child--a review. *Int J Public Health.* 2007;52(4):202-9.
70. Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics.* 2011 Jun;127(6):e1414-27.
71. Bailey C, Pain RH, Aarvold JE. A 'give it a go' breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers. *Midwifery.* 2004 Sep;20(3):240-50.
72. Nelson AM. A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. *J Midwifery Womens Health.* 2006 Mar-Apr;51(2):e13-20.
73. McBride-Henry K. The influence of the "they": an interpretation of breastfeeding culture in New Zealand. *Qual Health Res.* 2010 Jun;20(6):768-77.
74. Resolution on Health and Nutrition. Bruselas: Consejo de la Unión Europea, 2000.
75. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, 2008.
76. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
77. Atención Hospitalaria al Parto. Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

78. Estrategia para la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
79. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Geneva: WHO, 1981.
80. Taylor A. Violations of the international code of marketing of breast milk substitutes: prevalence in four countries. *BMJ*. 1998 Apr 11;316(7138):1117-22.
81. Aguayo VM, Ross JS, Kanon S, Ouedraogo AN. Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in west Africa: multisite cross sectional survey in Togo and Burkina Faso. *BMJ*. 2003 Jan 18;326(7381):127.
82. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación. BOE núm. 131 de 30/05/2008.
83. Cattaneo A, Quintero-Romero S. Protection, promotion and support of breastfeeding in low-income countries. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2006 Feb;11(1):48-53.
84. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V et al. The importance of the gender perspective in health interview surveys. *Gac Sanit*. 2000 Mar-Apr; 14(2):146-55.
85. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD001688.
86. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*. 2008 May;17(9):1132-43.
87. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;(1):CD001141.
88. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285:413-20
89. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:e702-8
90. Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Fiedler J, Perez-Escamilla R, Lutter C, et al. Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health Policy Plan* 1996;11:156-68.
91. The United Nations Children's Fund Innocenti Research Centre. 1990-2005: Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding - Past Achievements, Present Challenges and Priority Actions for Infant and Young Child Feeding. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2007.

Referencias bibliográficas.

92. WHO, UNICEF. BFHI Section 1: background and implementation. In: WHO, UNICEF. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: WHO, 2009.
93. IHAN-Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia [En línea]. 2011 [Citado 2011 Nov 29]; [1 página]. Disponible en: URL: <http://www.ihan.es/index1.asp>.
94. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. *Am J Public Health*. 2003 August; 93(8): 1277–1279.
95. Duyan Camurdan A, Ozkan S, Yüksel D, Pasli F, Sahin F, Beyazova U. The effect of the baby-friendly hospital initiative on long-term breast feeding. *Int J Clin Pract*. 2007 Aug;61(8):1251-5.
96. OPS/OMS. División de Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra: OMS, 1998. Documento WHO/CHD/98.9.
97. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I et al.; 'Promotion of Breastfeeding in Europe: Pilot Testing the Blueprint for Action' Project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutr*. 2010 Jun;13(6):751-9.
98. Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF et al.; ESPGHAN Committee on Nutrition. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009 Jul;49(1):112-25.
99. Hernández Aguilar, MT; Maldonado, J Aguayo. 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: 340-56.
100. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breast feeding. *Health Technol Assess* 2000; 4(25).
101. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, Murphy-Smith MM, Gomes JS et al. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*. 2001 Sep;108(3):677-81.
102. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. 2010 May;125(5):e1048-56.
103. DelliFraine J, Langabeer J 2nd, Williams JF, Gong AK, Delgado RI, Gill SL. Cost comparison of baby friendly and non-baby friendly hospitals in the United States. *Pediatrics*. 2011 Apr;127(4):e989-94. Epub 2011 Mar 21.
104. Hosmer DW, Lemeshow S, May S. Applied Survival Analysis. Regression Modeling of Time-to-Event Data. 2ª Ed. Hoboken, New Jersey: Wiley-Interscience; 2008.

105. Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr* 2004; 60(1):56-64
106. WHO, UNICEF. BFHI Section 4: Hospital self-appraisal and monitoring. In WHO, UNICEF. *Baby-friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*. Geneva: WHO, 2009.
107. Acquadro C, Conway K, Giroudet C, Mear I. *Linguistic validation manual for patient-reported outcomes (PRO) instruments*. Lyon: MAPI Research Institute, 2004.
108. Wutke K, Dennis CL. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44:1439-1446.
109. Zubaran C, Foresti, K, Schumacher M, Thorell MR, Amoretti A, Müller L et al. The Portuguese version of the Breast feeding Self-Efficacy Scale-Short Form. *J Hum Lact*. 2010; 26:297-303.
110. Alus-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; 26(1):101-108.
111. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing*. 2003; 32: 734-44.
112. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nursing Health*. 1999; 22: 399-409.
113. McCarter-Spaulding DE, Dennis CL. Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in a Sample of Black Women in the United States. *Res Nurs Health*. 2010; 33:111-119.
114. Gregory A, Penrose K, Morrison C, Dennis CL, MacArthur C. Psychometric Properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an Ethnically Diverse U.K. Sample. *Public Health Nurs*. 2008; 25:278-284.
115. Dennis CL, Heaman M, Mossman M. Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form among adolescents. *J Adolesc Health*. 2011; 49(3):265-71.
116. Godoy Izquierdo D, Godoy Garcia JF, Lopez-Chicheri Garcia I, Martinez Delgado A, Gutierrez Jimenez S, Vazquez Vazquez L. Psychometric properties of the Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema* 2008; 20: 155-65.
117. Sanjuán Suárez P, Pérez García AM, Bermúdez Moreno J. The general self-efficacy scale: psychometric data from the Spanish adaptation. *Psicothema* 2000; 12 (S2): 509-13.
118. Guadiola, E. El artículo de revisión: hacia un mayor rigor científico. *Revisiones en Salud Pública*. 1991; 2: 197-281.
119. Small H, Griffith BC. The Structure of Scientific Literatures I: Identifying and Graphing Specialties. *Science Studies* 1974; 4(1): 17-40.
120. Morgan PP. Review articles: 2. The literature jungle. *CMAJ*. 1986; 134(2): 98-99.

Referencias bibliográficas.

121. Tarrant M, Dodgson J, Win Kay Choy V. Becoming a role model: the breastfeeding trajectory of Hong Kong women breastfeeding longer than 6 months. *Int J Nurs Stud.* 2004; 41:535-46
122. Hörnell A, Hofvander Y, Kylberg E. Solids and formula: Association With Pattern and Duration of Breastfeeding. *Pediatrics.* 2001; 107(3): Edición Electrónica.
123. Kent JC. How breastfeeding works. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(6):564-570.
124. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD007202. DOI: 10.1002/14651858.CD007202.pub2.
125. Rodicio García MM, Abadi Abadi A, Silveira Cancela M, Rodríguez Sáez MJ, Andrés Andrés A, Vázquez Caruncho M. Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. *Acta Pediatr Esp* 2007; 65(1): 6-11.
126. Aguayo Maldonado J, Pasadas del Amo S, Ramírez Troyano A, Rello Yubero C, Martínez Rodríguez MT, Bonal Pitz P. La lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, 2005.
127. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet.* 2003; 362(9391):1225-30
128. Stokamer CL. Breastfeeding promotion efforts: why some do not work. *Int J Gynaecol Obstet* 1990;31 Suppl 1:61-5
129. Westphal MF, Taddei JAC, Venancio SI, Bogus CM. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bull World Health Organ.* 1995; 73(4):461-8.
130. Gökçay G, Uzel N, Kayatürk F, Neyzi O. Ten steps for successful breast-feeding: assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement. *Child Care Health Dev* 1997;23:187-200
131. Merewood A, Philipp BL. Implementing change: becoming baby-friendly in an inner city hospital. *Birth.* 2001;28:36-40
132. Gomis Cebrián R, Arellano Morata C, Parra Hidalgo P, Calle Urra JE, Oliver Roig A, García de León González R et al. Lactancia materna en la Región de Murcia ¿Seguimos con el problema? *Acta Pediatr Esp.* 2009; 67(6): 283-289



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexos.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Anexo I: early breastfeeding cessation in infants: causes and solutions (Capítulo de libro en proceso de revisión).

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Entre las publicaciones incluidas en esta tesis, se encuentra un capítulo de libro sobre las causas del abandono prematuro de la lactancia materna y las intervenciones para la protección, promoción y apoyo (Anexos, página 110). El libro en el que se incluirá dicho capítulo, titulado *Nutrition in the Infant: Problems and Practical Procedures*, es parte de una serie de publicaciones (*Nutrition and Health series*) de la editorial *Humana Press (Springer Science+Business Media)* que, en el momento de presentar esta tesis doctoral, se encontraba todavía en proceso de revisión por pares. Siguiendo la normativa de la Universidad de Alicante sobre las publicaciones de una tesis por compendio que se encuentran en periodo de revisión, el texto del citado capítulo se ha incluido en el apartado de Anexos.

Reunido el Tribunal que suscribe en el día de la fecha acordó otorgar, por _____ a la Tesis Doctoral de Don/Dña. **Antonio Oliver Roig** la calificación de _____.

Alicante ____ de _____ de _____

El Secretario,

El Presidente,



UNIVERSIDAD DE ALICANTE
CEDIP

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La presente Tesis de D. **Antonio Oliver Roig** ha sido registrada con el nº _____ del registro de entrada correspondiente.

Alicante ____ de _____ de _____

El Encargado del Registro,