



**Universitat de les
Illes Balears**

**Títol: ¿HA CAMBIADO LA PREVALENCIA DE LA
LACTANCIA MATERNA ENTRE LAS MADRES EN
ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS?**

NOM AUTOR: M^a Azucena Alarcón Pujol

DNI AUTOR: 43178954L

NOM TUTOR: Rosa M^a Alberdi

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau de: **Enfermería.**

Paraules clau: **Prevalencia, Lactancia materna,
España, Madres.**

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2014-2015 20 de Mayo

*Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG,
marqui la següent casella:*

RESUMEN:

Introducción: La lactancia materna (LM), en la actualidad, es el mejor método de alimentación infantil, el cual ha sido comprobado con evidencia científica. Entre sus muchas propiedades previene de enfermedades, tanto maternas como neonatales. Los profesionales de la salud y las organizaciones mundiales la fomentan y la apoyan, en cambio a día de hoy, las tasas de inicio y duración son todavía bajas.

Objetivos: Conocer si ha cambiado la prevalencia (PV) de la lactancia materna durante los últimos 15 años, los factores asociados y su evolución en España y a nivel internacional. También se analiza la relevancia de los profesionales de la salud y de las políticas sanitarias en España, en relación a la LM.

Estrategia de búsqueda bibliográfica: Se han seleccionado 23 artículos (en castellano y en inglés), procedentes de bases de datos, plataformas electrónicas y metabuscadores. Las palabras clave se han extraído del objetivo principal y se han convertido en descriptores con el programa “DeSC”, se ha acotado la búsqueda con límite de tiempo (10 años) y con criterios de inclusión y exclusión.

Conclusiones: La prevalencia de la lactancia materna ha ido cambiando durante estos últimos 15 años, existiendo mucha variabilidad entre las diferentes regiones y países. Las cifras de inicio son bastante altas, pero también las de abandono temprano. Se conocen multitud de métodos para su promoción y por tanto hay que seguir aumentando la prevalencia con la implantación de políticas, el apoyo a los padres y abordando los factores causales de abandono.

PALABRAS CLAVE:

Prevalencia, Lactancia Materna, España, Madres.

INTRODUCCIÓN:

Mucha es la bibliografía que demuestra las grandes ventajas que posee la lactancia materna. En la actualidad es considerada el mejor método de alimentación infantil, ya que contiene todos los nutrientes necesarios, componentes inmunológicos y factores de crecimiento necesarios para un correcto desarrollo del bebé¹⁻⁶.

Con el nuevo milenio, la lactancia natural recuperó la relevancia perdida con la revolución industrial, debido a la incorporación de la mujer al trabajo, y la incidencia y la duración aumentaron.

Los profesionales de la salud se han encargado de fomentarla y apoyarla en nuestro país con programas de preparación al parto, visitas a domicilio, charlas e información desde los hospitales y centros de salud⁵.

Son grandes las ventajas que posee la lactancia materna, pudiéndose destacar el efecto protector que tiene frente a determinados problemas de salud tanto del niño como de la madre^{1,2,4,5,7-12} el vínculo materno-filial que se afianza^{2,4,13}, las ventajas económicas que presenta¹⁴, enfermedades autoinmunes¹ incluso disminuye la prevalencia de ciertas enfermedades en la etapa adulta^{2,4}. Entre dichas enfermedades, está la obesidad, problema cada vez más habitual en nuestra sociedad. Ciertos estudios han demostrado que aumentar la duración de la LM está vinculado a un efecto protector frente a la obesidad.

No se debería privar a ningún recién nacido (RN) de la lactancia materna¹. En este sentido la mayoría de organismos e instituciones nacionales e internacionales, cómo la OMS, UNICEF, Asociación Nacional de Pediatría etc. la recomiendan, cómo alimentación exclusiva del bebé hasta los 6 meses de vida y promueven su continuidad hasta los 2 años, junto con la introducción de otro tipo de alimentos^{2,8,15-17}. Su promoción, es una de las estrategias prioritarias para estas organizaciones, ya que fomenta y protege la salud mundial⁷.

El comienzo de la lactancia materna es un momento muy importante, ya que el niño se ve beneficiado por los componentes inmunológicos que tiene la primera leche materna (calostro). Edmond et al. descubrieron que las primeras horas en el neonato eran vitales, evitando hasta un 22% las muertes neonatales¹⁸.

Sin embargo y pese a todo lo dicho anteriormente, las tasas de inicio y duración son todavía muy bajas en España y no llegan a las recomendaciones mundiales^{4,10,13,15}.

Debido a la controversia generada hace unos años entre la lactancia artificial y la lactancia materna, he creído conveniente realizar una búsqueda bibliográfica de los últimos 15 años para averiguar la evolución que ha sufrido esta en nuestro país.

Con este trabajo, además, pretendo hacer una comparación entre España y otros países del mundo respecto a la evolución que ha seguido la LM y los factores que se ven implicados, tanto positivos, que son los que favorecen su inicio y continuidad, cómo negativos que son los causantes de su abandono.

Las razones por las que creo conveniente abordar este asunto, es para valorar si el fenómeno de la inmigración que ha surgido en España en los últimos años, la diversidad cultural que se halla hoy en día en nuestro país y la globalización a la que estamos sometidos todas las personas han afectado las prácticas de la LM.

Se analizará además cómo afectan las políticas sanitarias, que está demostrado que son un factor predictivo de éxito en la lactancia materna⁷. El consejo profesional de la enfermera pediátrica también se ha demostrado que es un predictor de éxito⁷, además del de las matronas, enfermeras de atención primaria y demás profesionales relacionados con la salud.

Por este motivo, en este trabajo también se analizará cómo afectan a la evolución de la LM el papel de los profesionales de la salud y las políticas sanitarias de los organismos oficiales, que desde hace años están luchando para que la mujer opte por la alimentación más saludable para sus hijos.

OBJETIVOS:

- Objetivo General:

¿Ha cambiado la prevalencia de la lactancia materna entre las madres en España en los últimos 15 años?

- Objetivos Específicos:

1º ¿Qué factores están asociados al abandono de la lactancia materna en España y cuales contribuyen a su mantenimiento?

2º ¿Cuál ha sido la evolución de la prevalencia de la LM en España?

3º ¿Puede compararse la evolución de la prevalencia de la LM en España a la de otros países?

4º ¿Cómo afectan las políticas sanitarias y el papel de los profesionales a la evolución de la lactancia materna en España?

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA:

Se ha realizado la recogida de información y el análisis de 23 artículos en castellano y en inglés, localizados en diferentes bases de datos y además por búsqueda manual.

Las palabras clave se han seleccionado de la pregunta de investigación, convirtiéndolas en descriptores con el programa DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), el operador booleano utilizado para todas las búsquedas ha sido “AND”.

- Como criterios de inclusión se señalan: palabras clave procedentes del objetivo general, el idioma en castellano e inglés, el resumen de los artículos que reflejaban datos de importancia y artículos publicados en los últimos 10 años.
- Como criterios de exclusión se destacan: estudios publicados con anterioridad a 2005 y otros idiomas que no son castellano ni inglés.

PALABRAS CLAVE	DESCRIPTORES CASTELLANO	DESCRIPTORES INGLÉS
PREVALENCIA	Prevalencia	Prevalence
LACTANCIA MATERNA	Lactancia Materna.	Breast feeding
ESPAÑA	España	Spain
MADRES	Madres	Mothers

Debido a la gran variedad de artículos encontrados referentes a la prevalencia de la lactancia materna, se ha realizado una selección aleatoria en diferentes bases de datos (Pubmed, Cinahl, Dialnet, Scielo), en plataformas electrónicas de revistas científicas (science-direct, medes) y en metabuscadores como google académico, para acceder a ciertos artículos a texto completo que en las bases de datos no eran accesibles.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA:

- En el metabuscador Science-Direct (plataforma electrónica de revistas científicas), se utilizó la búsqueda avanzada acotándola con límite de tiempo (10 últimos años), con las palabras clave Prevalencia AND lactancia materna AND madres. De los 806 artículos se seleccionaron 4, al azar, porque la mayoría eran de interés.
- En el buscador MEDES de revistas biomédicas, se encontraron gran variedad de artículos con los descriptores Prevalencia AND Lactancia Materna, se acotó la búsqueda, con límite de tiempo de los últimos 10 años, y se seleccionaron 5 artículos de 53.
- Desde EbscoHost, se accedió a la base de datos internacional relacionada con el campo de la enfermería, “Cinahl with full text”, también se encontraron gran variedad de artículos interesantes con los descriptores Prevalence AND Breast feeding, de los 97 se seleccionaron 2, con límite de tiempo de los últimos 10 años.
- En la base de datos Scielo, que contiene revistas científicas españolas, se seleccionaron 2 artículos con los descriptores Lactancia materna AND Madres, de los 23 incluidos en la base.

- La base de datos Pubmed, se usó para seleccionar 6 artículos de ámbito internacional, utilizando la búsqueda avanzada y acotándola con el límite de tiempo (últimos 10 años), los descriptores utilizados fueron Prevalence AND breast feeding y se seleccionó “humanos”.
- Por último, mediante búsqueda manual en el metabuscador de “google scholar” se seleccionaron 3 artículos peculiares que me llamaron la atención por el título de los mismos, uno de una revista de odontología pediátrica que hablaba de la nutrición en bebés, otro de ellos de una revista mejicana que hablaba de la evolución de la lactancia en Méjico desde 1999 y otro del depósito de la Universidad de Murcia que trataba de experiencias maternas.

DISCUSIÓN:

Para dar respuesta al objetivo de nuestro trabajo se va a analizar la bibliografía para intentar dar respuesta a las preguntas contenidas en los 3 objetivos específicos formulados.

Objetivo 1 ¿Qué factores están asociados al abandono de la lactancia materna en España y cuales contribuyen a su mantenimiento?

La toma de una decisión tan importante cómo es la de cómo alimentar a un hijo, viene determinada por multitud de factores, tanto internos cómo externos. En este apartado se tratan los factores influyentes en la decisión de iniciar y mantener la LM.

Se comenzará por exponer los factores positivos:

Los estudios realizados en España destacan cómo factores claramente positivos:

- Una mayor edad de la madre^{2,13,15} que está relacionada con experiencias previas de amamantamiento y mayor nivel de madurez³.
- Un alto nivel de estudios^{2-4,13,19}. Las mujeres con un mayor nivel educativo mantienen más la LM, aunque hace décadas en España la LM era menos prevalente entre mujeres de alto nivel socioeconómico, en la actualidad tener estudios superiores protege y fomenta la LM⁴.
- El parto vaginal y sin epidural¹⁹, hay una mayor probabilidad de iniciar LM, ya que crea un aumento de satisfacción en la madre y esto está íntimamente relacionado con la duración de esta^{4,13}.

Otra bibliografía destaca el parto eutócico, a término o instrumental cómo factor pro-lactancia materna^{2,4}.

Tras el parto, el contacto precoz entre madre y recién nacido favorece la duración de la LM, la probabilidad de que el bebé tome pecho es 2,3 veces mayor que si no se establece este contacto⁸. Autores cómo Gómez Papí et al. dicen que si el recién nacido no es separado de su madre, aumenta la duración de la LM⁸.

Entre los factores positivos que promueven la LM, está la decisión materna de ofrecer a su hijo lactancia natural^{2,7}. Tener conocimientos de los beneficios que provee la lactancia materna ayuda mucho en esta decisión, favorece un inicio temprano de la LM y aumenta su duración. Esto se debe, muchas veces a programas “preparación al parto” impartidos por matronas, un 90% de madres incluidas en estos programas inician LM.⁷

Está demostrado que la información que proporcionan los profesionales de la salud está muy ligada al inicio y continuidad de esta práctica^{7,13}. Existe bibliografía que destaca cómo factor muy favorable a la LM, que la madre esté convencida antes del parto de la necesidad de dar a su hijo LM. En este sentido, la información por parte de las asesorías y profesionales de la salud es muy importante, y muchas madres eligen este método de alimentación natural, después de consultar y asesorarse sobre la mejor alimentación para su hijo/a⁵.

Un buen soporte y apoyo a la madre^{2,9,13,15}, tanto hospitalario como en el hogar, es crucial y muy beneficioso en el inicio de la LM, y está demostrado que incide en el comienzo de la LM. Además, las actitudes de los padres son fuertes predictores de iniciar y continuar con la LM.

Varios artículos encontrados destacan que la procedencia de la madre es importante en la prevalencia de la LM^{3,4,19}. Ser madre inmigrante influye positivamente en la duración de la LM, las cifras más altas se han encontrado en africanas y latinoamericanas, debido a las costumbres alimentarias de sus países¹⁰.

Existen además factores aislados favorecedores en el inicio y prevalencia de la LM. Algunos de ellos son: el peso adecuado en la madre, el no tener hábito de fumar⁴, la paridad, un buen estado nutricional en el RN¹⁹ y el sexo femenino del bebé⁹.

Tal como se ha dicho, la educación materna por parte de los profesionales de la salud es fundamental para obtener el éxito en la alimentación natural del bebé¹⁵. Es muy importante el que ofrecen los servicios sanitarios, que demuestra que mejoran los porcentajes de continuación de LM¹. La pérdida de apoyos asistenciales, en muchas ocasiones es motivo de abandono¹⁶

A continuación se exponen los factores negativos, aquellos que contribuyen a no iniciar o interrumpir la lactancia materna entre las mujeres españolas:

La hipogalactia, conocida como la insuficiencia de la cantidad de leche secretada por las mamas, destaca como motivo principal en muchos de los artículos seleccionados^{1,2,10,13,15,16}. Aunque Olang et al. señalan la prescripción médica como primer motivo de abandono, seguido por la falta de leche como segundo motivo¹⁰.

Otro de los factores negativos es no tener una buena técnica de amamantamiento. Durante el primer mes por este motivo abandonan alrededor de un 50% de las madres^{1,13,15}, los motivos que alegan son insuficiente leche o que la leche “no es buena”, también refieren la sensación de hambre del niño^{2,10} o la dificultad de succión⁶. La

sensación de hambre es algo que preocupa mucho a las madres y en según qué estudios este factor se encuentra cómo segundo motivo de abandono, con un 24,5%².

Algunos artículos encontrados destacan la incorporación al trabajo cómo causa muy destacable del abandono^{1,2,13,16}, normalmente debido a la falta de tiempo que tienen las madres. Sin embargo, en otros artículos^{9,15} el trabajo desempeña un papel menor de lo esperado, por ejemplo en un estudio hecho en el norte de España dónde solamente un 9,6% de las mujeres dejaron la lactancia materna debido al trabajo¹⁵. Un 18 % de mujeres refiere su horario laboral cómo razón para interrumpirla, las tasas de inicio de las mujeres trabajadoras son similares a las mujeres no trabajadoras, sin embargo aquellas abandonan antes².

Cómo se ha destacado anteriormente, el tipo de parto influye mucho en la decisión de dar lactancia materna, por este motivo la cesárea es una razón importante de la no instauración de la lactancia natural^{2,4,5,8,13}.

En este sentido Moore et al.⁸, refieren que el contacto piel con piel inmediatamente al nacer favorece y mejora la lactancia y el vínculo afectivo entre madre y RN, tal y cómo se señaló en los factores positivos. Por el contrario, durante la cesárea, al separar el RN de la madre precozmente existe un intervalo de tiempo el cual disminuye el vínculo y disminuye la satisfacción en la madre, la cual está muy relacionada con la toma de decisión de iniciar o no LM, además se destaca el retraso en la lactopoyesis (subida de la leche) y el trauma quirúrgico al que están sometidas las madres que se someten, cómo factores negativos de la LM⁴.

La salud del niño y de la madre también están involucradas en la prevalencia de la lactancia materna, enfermedades maternas^{1,13,15} y también neonatales^{13,15} se destacan en los artículos encontrados cómo causas de abandono.

Algunas causas psicológicas están también relacionadas negativamente con la LM. Estas causas suelen surgir los primeros días del puerperio: depresión post-parto, estrés ante la nueva situación de responsabilidad o incluso ideas negativas en el entorno cercano a la madre por la decisión de querer dar pecho. A todo ello se suma la inexperiencia de la madre, la irritabilidad del bebé y los problemas en los senos que aparecen muy a menudo (dolor, grietas en el pezón, mastitis...)^{7,10,16}.

Cómo se ha indicado, los profesionales de la salud son personas muy influyentes durante el embarazo, parto y puerperio de la mujer. En la bibliografía se destaca que, muchas veces, las prácticas y rutinas en hospitales y maternidades no son las adecuadas, o incluso son erróneas^{2,13}. Hay veces que existe falta de información de los beneficios de la LM, información contradictoria¹⁵, falta de soporte pre-y post natal y escaso soporte familiar y social³. Todo esto contribuye a que las familias opten por sucedáneos de leche en lugar de la lactancia natural.

Otro motivo de abandono, más tardío, de la lactancia natural es cómo consecuencia de la introducción de la alimentación complementaria¹⁵. Se denomina “abandono natural” cuando el bebé deja de mamar por sí solo. En algunas referencias se encuentra que puede ser la segunda causa de abandono¹⁵. Tampoco favorece nada a la lactancia natural la introducción del chupete¹⁵ o introducir biberones precozmente^{2,13}.

Las madres en muchas ocasiones se dejan llevar, por las modas (trasmitidas por la publicidad, libros y revistas), presiones comerciales y experiencias familiares previas que fomentan el uso de leche de fórmula, que actúan como factores negativos de la lactancia natural¹⁵.

En varios estudios se destacan como causas principales de la no instauración de la LM, una decisión negativa por parte de la madre, de no dar el pecho a su hijo⁹ y una decisión negativa por parte de los familiares².

Tal y como se ha dicho antes, que las madres tengan una mayor edad, está vinculado a una mayor prevalencia de LM. Sin embargo, ser madre adolescente, está asociado a una prevalencia menor^{10,15}. Estas madres suelen tener un bajo nivel educativo¹⁶ y estudios básicos o medios⁴, factores también negativos para la instauración de esta práctica.

Hasta aquí, quedan señalados los factores claramente negativos en relación a la instauración y continuidad de la LM. A continuación se destacan **otros factores, también negativos, que aunque son menos relevantes o existen opiniones contradictorias, siguen siendo importantes y se tienen que tener en cuenta.**

El primero de ellos es el peso de la madre^{4,19}. Las madres que padecen obesidad tienen una menor prevalencia de iniciar LM, en cambio tener sobrepeso, favorece el inicio y la continuidad de esta¹⁹.

En el RN el peso también es una variable a destacar. Un menor peso al nacer disminuye la posibilidad de lactar^{2,13,15,19}, así como también la prematuridad^{2,13}.

Factores ya mencionados anteriormente como el consumo de tabaco^{4,16} o la procedencia de la madre^{4,19}, se ven implicados en un menor inicio y un mayor abandono. El hecho de ser Española o Europea disminuye la prevalencia frente a madres sudamericanas⁴ y madres inmigrantes¹⁹.

Se han encontrado opiniones contradictorias respecto al nivel socioeconómico de la madre^{10,15}. En un estudio realizado en el norte de España (2001-2003) se refleja que a medida que aumenta el nivel socio-económico, aumenta la prevalencia. Sin embargo en un estudio realizado en el sur de España (2011-2012) es al contrario, a medida que aumenta el nivel socioeconómico, disminuye la prevalencia de LM.

Se debe mencionar que en ciertas ocasiones existen factores externos por los que está contraindicado ofrecer lactancia materna al RN^{1,10}. Cuando la madre está sometida a tratamiento quimioterápico o con isótopos radioactivos, cuando exista abuso de drogas, cuando la madre esté infectada por VHC A, B o C, herpes simple, citomegalovirus o tuberculosis¹.

Con respecto a la inmigración, en nuestro país, se han comparado los factores que influyen en las prácticas relacionadas con la LM, en las madres inmigrantes, comparándolas con las madres españolas, y se ha encontrado bastante variabilidad.

El hábito tabáquico se considera un factor negativo para iniciar y continuar con la LM, cómo se ha dicho anteriormente^{4,16}. Se puede afirmar que el hábito tabáquico no depende del origen de la madre, influye tanto en inmigrantes cómo en españolas, pero las tasas demuestran que las madres españolas fuman mucho más¹⁹.

En madres inmigrantes, un mayor índice de masa corporal (IMC) materno antes de la gestación, se asocia a un mayor mantenimiento de la LM. En cambio, cómo se ha dicho anteriormente, en las madres de origen español, tener un IMC alto también favorece al inicio y mantenimiento de la LM, sin embargo, la obesidad disminuye la prevalencia.

En cuanto al trabajo, la tasa de mantenimiento de la LM hasta los 4 meses de edad, la cumplen más las madres inmigrantes que no trabajan fuera, que las madres españolas¹⁹.

Según la bibliografía encontrada, **muchos de los factores negativos mencionados se pueden prevenir:**

La mayoría de factores externos que se han encontrado en los estudios españoles, se podrían modificar con una adecuada educación al personal sanitario, para así, que pueda ser transmitida a todas las madres y a su entorno^{1,15}.

Además se podrían poner en marcha medidas institucionales que promuevan y defiendan la LM, como la mejor forma de alimentación a un niño durante los primeros meses de vida¹⁵.

Otros estudios destacan que se deberían hacer más campañas informativas sobre ventajas e inconvenientes que tiene la LM, con un programa conjunto entre centros de salud² y hospitales, coordinando su asistencia entre ambas instituciones, con el objetivo de no crear confusión innecesaria en la madre, que es motivo de abandono precoz¹

Anteriormente se ha visto que la cesárea crea una disminución en la prevalencia de la LM bastante importante, debido a que se evita un contacto precoz entre madre y RN. Los profesionales de la salud que trabajan en este ámbito pueden hacer posible fácilmente este contacto, tal y cómo citan Smith et al.⁸ que equiparan las cesáreas a los partos eutócicos. Estos autores insisten en que es fácil y posible hacer contacto piel con piel también en las cesáreas, y así prevenir este factor negativo. Solamente se necesitaría realizar un pequeño cambio en la forma de trabajar de los profesionales de la salud, para hacerlo posible.

Otra medida a destacar para evitar los factores negativos, en contra de la instauración de la LM, es conocer los factores de riesgo existentes y fortalecer los factores que la protegen y la promueven¹⁶. Este conocimiento ayudará a desarrollar estrategias necesarias para promocionar la LM^{16,19}.

Puesto que en muchos de los casos las razones por las que la madre deja la LM son subjetivas (“no tengo leche”, “el bebé sigue con hambre”^{2,10}) se hace necesario que haya una mayor y mejor información durante los controles de salud (crecimiento y desarrollo del bebé) que permita convencer a las madres de las ventajas que tiene la LM.

Para terminar el primer objetivo específico, se detallan a continuación los resultados de los **estudios internacionales analizados, en relación a los factores asociados a la instauración y abandono de la lactancia materna y a los métodos de prevención de dicho abandono:**

La mayoría de factores encontrados en estudios realizados en diferentes países a nivel mundial, son similares a los encontrados en los estudios de regiones españolas.

Se comenzará exponiendo los factores positivos:

El amamantamiento temprano y el contacto piel con piel con el RN, inmediatamente después de nacer, es indispensable para una instauración de la LM exitosa. Estos factores positivos, se destacan en un estudio¹⁸ realizado en un área rural de **China**, también señalados en varios de los estudios encontrados en España.

Aunque los factores más relevantes para la iniciación de la LM en este estudio son:

- El lugar de amamantamiento.
- Asistir a clases pre-parto.
- El fomento de la LM por parte del personal del hospital.

En los estudios de España, se ha visto que es esencial el apoyo a la madre (familiar e institucional), a la hora de la toma de decisión de dar lactancia materna. Corroborando estos resultados, en el estudio de Marshall et al. en **Misisipi (EEUU)**, se relacionan de forma positiva, con la intención de iniciar LM la existencia de grupos de apoyo en hospitales y centros de salud¹⁷.

En otro estudio realizado en **Reino Unido**, se pone de manifiesto la gran importancia del apoyo del padre a la madre. Este apoyo satisface mejor las necesidades físicas y emocionales de la madre, le proporciona afecto, consuelo y aliento, y esto es fundamental para el éxito de la LM²⁰. En el mismo artículo, se hace referencia a un estudio de Avery y Magnus (2011), en el que justifican que la empatía proporcionada por los padres fue fundamental para el éxito.

Sherriff también destaca, que otra forma de apoyo a las madres, son las culturas y entornos que apoyan la práctica de la LM en público, así se destaca en un artículo de Reino Unido²⁰.

Wilkins et al. (2012) sugieren que existen 4 factores para desarrollar una actitud positiva hacia la práctica de la LM²⁰:

- Que los padres tengan una idea positiva para dar el pecho en el hogar y/o en público.
- Que los profesionales de la salud reconozcan al padre cómo apoyo hacia la LM.
- Qué la familia, grupos...tengan actitudes positivas respecto a esta.
- Que existan entornos que apoyen la lactancia materna en público (bares, cafeterías, lugares de trabajo...).

Para mejorar este apoyo que brinda el padre a la madre, se necesita que los padres reciban una buena información, para poder apoyar a su pareja en el inicio y continuidad de la LM. Incluye información práctica sobre los beneficios, y también cómo manejar problemas que surjan a lo largo del período. En la misma línea, Chen et. al (2010) proponen que se preste más ayuda al padre sobre cómo participar más en el período de lactancia de sus hijos.

Contrariamente, en un estudio de **Méjico**⁵, no se hace ninguna mención del apoyo que puede brindar el padre, a favor de la LM.

A continuación se exponen los factores que influyen negativamente en la LM, presentes en otros países:

Se han encontrado una serie de factores que están presentes en los artículos españoles y también en los artículos internacionales.

- Insuficiente leche (primer motivo de abandono en Australia²¹).
- Causas emocionales, dolor y malestar, motivos infantiles (enfermedades...).
- Una menor edad en la madre, menor nivel educativo y menores ingresos.
- Estado civil de soltera, mujeres primíparas y malas experiencias anteriores.

Todos ellos, encontrados en países como **Australia, EEUU, Brasil y Méjico**^{5,11,21,22}.

En Australia²¹, para prevenir estos factores negativos, se hace necesario el refuerzo de las políticas que protejan la lactancia materna, el apoyo a los grupos de riesgo (madres jóvenes con bajo nivel educativo, mujeres primíparas...), y que disminuyan el apoyo de la lactancia artificial en los hospitales.

En **Brasil**¹¹, se destacan cómo factores negativos:

- La falta de preparación de los profesionales de la salud.
- Los desincentivos del personal del hospital.

Para prevenir estos factores negativos, en Brasil, se destaca que se debe apoyar a la mujer que amamanta a que continúe con la LM. Pero no debe ser una obligación, ni tiene que haber sentimientos de culpabilidad por no poder o no querer hacerlo. Los profesionales de la salud deberán dar mensajes positivos a las madres, y estar correctamente informados sobre el tema, para solucionar problemas y preocupaciones que puedan surgir.

En ciertos países cómo **Méjico**⁵:

- El contacto directo con la madre las 24 horas del día, es poco recomendado y promocionado por parte del equipo médico en general.
- El 18% de las madres mejicanas, refieren su horario laboral cómo motivo de abandono de la LM.
- El principal motivo que impide una LM precoz, es la desconfianza ante los profesionales de salud.

Las cesáreas, son desventajas para la instauración temprana de la LM, no solo en España, sino también en el ámbito internacional. En **Australia** y en **Méjico**, son factores independientes muy significativos, que retardan el inicio de la lactancia natural^{5,11}.

Hace décadas, las creencias y los mitos frente a la práctica de la lactancia materna eran muy habituales. En los estudios de España, no hemos encontrado estos factores causales de abandono de la lactancia natural. Pero en países como **Brasil**, **China** y **Méjico**, los mitos y creencias son motivo de retraso en el inicio de la LM, o incluso, en la no instauración de esta^{5,11,18}. Una creencia tradicional china dice que las madres son físicamente débiles después del parto, y deben tener reposo en cama para recuperarse, además se cree que la LM no se debe iniciar hasta que los senos se congestionan, y el inicio se ve aplazado¹⁸.

En Méjico⁵, como método preventivo, se considera que se deben abordar los falsos mitos y creencias sobre la LM, ofreciendo una información clara a las mujeres embarazadas. Por lo que se recomienda tanto a mujeres embarazadas como a sus parejas que reciban clases y charlas sobre ello.

En **Chile**⁹, la imagen corporal es un factor que puede actuar de forma negativa en la LM. En un estudio realizado en el año 2010, se citan los problemas de estética como bastante relevantes, frente a otros factores como la salud del niño, el trabajo o los estudios maternos. En este estudio, Sallam et. al recomiendan las clases de educación maternal para aumentar el inicio temprano de la lactancia materna.

En un estudio realizado en **EEUU**²²(2000-2008), entre madres de raza blanca, madres de raza negra y madres hispanas, se puede afirmar que las diferencias étnicas y raciales tienen connotaciones importantes en la lactancia del RN. La prevalencia de la LM es mucho menor en las madres negras, que en las blancas e hispanas. Esto se puede deber a que las mujeres negras de EEUU se encuentran con barreras culturales e insolidarias, falta de apoyo familiar y social, falta de apoyo en el trabajo y muchas de ellas, tienen falsas creencias de que la leche de fórmula tiene más propiedades que la natural.

Como prevención a estos factores que dificultan el inicio y mantenimiento de la lactancia natural en EEUU, se destaca aumentar el apoyo a las asociaciones sin fines de lucro, que promueven la lactancia natural. Además de ello, aumentar las intervenciones específicas a las poblaciones con una menor prevalencia de lactancia materna (mujeres negras en EEUU)²².

Y de este modo queda analizado el primer objetivo de nuestro trabajo y se pasa al segundo objetivo.

Objetivo 2 ¿Cuál ha sido la evolución de la prevalencia de la LM en España?

Una vez citados los factores relacionados con el inicio y el abandono de la LM en España, Europa y otros países del mundo, en este segundo objetivo, se pretende analizar cómo ha ido evolucionando la lactancia materna en las diferentes comunidades y regiones de España.

Existen cifras muy variables en nuestro país con respecto a la evolución que ha sufrido la LM, a lo largo de estos últimos 15 años.

Se ha realizado el análisis de los estudios, hechos en diferentes comunidades de España, entre los años 2000-2015 y se ha comprobado que existe un **alto índice de inicio de lactancia materna al alta hospitalaria**^{7,8,13}, y que las madres prefieren comenzar la alimentación de su hijo introduciendo este tipo de nutrición.

Desde el año 2000, se aprecian unas cifras de inicio de la lactancia materna entre un 70%-80%^{1-4,13,15,23}, en las investigaciones hechas en diferentes comunidades autónomas, aunque existen contradicciones: Suárez (2005)¹⁶ afirma, que al mes de vida del lactante, solamente un 37% continúan con LM, dato que dista mucho de los resultados de los demás estudios.

Según un estudio realizado entre el periodo 2002-2006, en **España, desde los años 90, la prevalencia de la LM se mantiene constante, en torno al 80%-90%**^{4,7,13,15}.

A pesar de tener unas cifras de inicio cercanas a los objetivos que marcan los organismos sanitarios mundiales, **a medida que el niño va creciendo, estas cifras bajan bruscamente**^{1-3,15}, sobre todo durante las primeras semanas del post-parto¹⁶ y a los 6 meses de vida^{7,16}.

A finales de los 90 (1999) y **entrando en el nuevo siglo, se observan cifras muy variables en España**¹:

- Romagosa Albacar y Cols., en un estudio realizado en un hospital de Cataluña destaca, que al alta, había un 90,7% de prevalencia de LM, al mes un 78,4%, a los 3 meses 58,3% y a los 6 meses un 32,8%. En cambio otro estudio también en Cataluña, realizado por García Casanova y Cols.¹, demuestran unas cifras de prevalencia muy bajas, con un 22% de iniciación de LM en la primera semana, y un 14% hasta el mes de vida.
- Rodicio García y cols., en Galicia, sin embargo, demuestran que un 69,9% de las madres ofrecen LM a su hijo y el 31% utiliza leche de fórmula, durante el periodo de lactancia de sus hijos¹.

Siguiendo con el análisis de la PV de la LM en España, I. Baztán et al.⁷ destacan un **aumento significativo de la misma, desde el año 1993 hasta el 2006, a partir del sexto mes de vida**, pasando de un 11% a un 64%.

Otros estudios¹⁵ hechos entre los años 2001-2003, también afirman este aumento en la prevalencia a partir del sexto mes, pasando de unas cifras de un 4% a un 14%.

A partir del año 2003, la prevalencia en España, a partir del sexto mes de vida, se ha mantenido estable, sobre un 20-25% hasta el año 2012^{1-3,7,15,16}, aunque existen excepciones:

- Un estudio del 2009-2010, refleja una prevalencia media de LM a los 6 meses de tan solo el 12%, en comunidades como Asturias, Navarra, Murcia y Córdoba⁴.
- En Aragón, entre 2009-2010, destaca una prevalencia a los 6 meses de hasta el 54%⁴.

Las cifras de abandono de la LM en España, son altas y presentan una fuerte variabilidad. Se considera que actualmente, existe un **abandono precoz de la LM, ya que a los 3 meses de vida del bebé hay menos del 75% de bebés con LM, y menos de un 50% a los 6 meses**¹⁶.

La prevalencia a los 3 meses de vida se ha mantenido estable, en torno a un 50%, según los datos de diferentes estudios, que investigan la prevalencia **entre 2002-2010**^{3,7}. Sin embargo otros artículos¹⁶, demuestran cifras muy diferentes y mucho menos positivas:

- Suárez et. al (2005) señalan que la prevalencia a los 3 meses se fijó en un 15%.
- En una región al este de España, la prevalencia se fijó en un 30%, también en 2005.

Datos más positivos se demuestran en un estudio hecho en Aragón, entre 2009-2010, donde a los 3 meses la prevalencia era del 71,8%⁴.

Todo ello confirma la **variabilidad existente en todo el territorio español**.

En un estudio de los años 2002 al 2010, la prevalencia de LM aumenta significativamente pasando de un 10% a un 28%^{4,7}, aunque en un estudio realizado en 2003 en Barcelona, se demuestra una prevalencia a los 12 meses de tan solo el 3,5%³.

En los últimos estudios analizados (2014-2015), la tasa de inicio sigue manteniéndose en torno al 80%-90% (alta incidencia), a los 4 meses de vida del bebé se mantiene estable, alrededor de un 50% y a partir del sexto mes baja alarmantemente (15,4%)²³.

Con todos estos datos podemos concluir que:

-En España, la prevalencia de LM después de los 4 meses desde el nacimiento está entre el 20-30%^{2,4,7,15,16} y a los 6 meses se abandona masivamente^{2,4,7,15,23}.

-Siguen sin alcanzarse los objetivos marcados por los organismos sanitarios mundiales como la OMS, UNICEF, AAP y demás organismos nacionales e internacionales^{1,3,7,10,13,16}

-Ha existido una variabilidad importante en el transcurso de estos 15 años, en cuanto a las cifras de prevalencia desde el año 2000 hasta la actualidad, aunque el inicio con LM lo escogen la mayoría de madres, pocas o muy pocas llegan a los 6 meses, exceptuando 2 estudios aislados que a los 12 meses casi el 30% continúan lactando, en 2006 y en 2010^{4,7}.

La inmigración en España es un factor muy importante a considerar a la hora de analizar la evolución de la prevalencia de la LM en España:

El 100% de las madres inmigrantes dan lactancia materna a sus hijos, desde el primer mes de vida, frente a un 71% de madres españolas. Así lo reflejan datos del 2003 en un estudio realizado en Barcelona³.

En los años 2008-2009 se manifiesta que la LM es 5,2 veces más alta en las mujeres inmigrantes que en las españolas, relacionándolo con motivos laborales y socioculturales^{3,8,19}.

La inmigración ha favorecido a aumentar la prevalencia de la lactancia materna, sobre todo con la llegada de las madres africanas, así lo demuestran datos obtenidos de un estudio hecho en Aragón en 2009-2010⁴.

Comparando entre diferentes lugares de España, según los artículos seleccionados, comprobamos la variabilidad de los datos, a continuación se incluye una tabla con dichos datos:

LUGAR	AÑO	INICIO	1er. MES	3er. MES	4º MES	6º MES	AÑO	
LA PV HA PASADO DE UN 11% A UN 64%, A PARTIR DEL 6º MES								
NAVARRA	2002	80%-90%		ESTABLE		<30%	10,00%	
	2006	80%-90%					28,00%	
	2009-2010	85,00%	73,00%	42,00%		12,00%		
CATALUÑA BARCELONA	2003	81,00%		55,60%		21,40%		
	2003	74,00%	63,00%	59,50%		25,50%	3,50%	
ESTE DE ESPAÑA	2005		50,00%	30,00%		20,00%		
CASTILLA Y LEÓN	2007	82,70%						
GALICIA (Val miñor)	2007		56,90%		24%%	17,00%		
	2008		79,00%		54,50%	22,00%		
ARAGÓN	2009-2010		82,50%	71,80%		54,30%	27,80%	
MURCIA Y CÓRDOBA	2010	85,00%	73,00%	42,00%		12,00%		
ANDALUCÍA	2011	DESPUÉS DE LOS 3 O 4 PRIMEROS MESES DE VIDA						
		OSCILA ENTRE EL 20-30%						
GRANADA	2011-2012	53,30%		36,70%				
GUIPUZCOA	2014-2015	84,80%			53,70%	15,40%		

A continuación, ha parecido interesante desglosar los datos por comunidades autónomas y regiones:

-NAVARRA⁷:

- **Cifras de inicio de LM:** al alta se mantienen constantes, desde la década de los 90 (entre un 80-90%).
- **Primer semestre:** se abandona masivamente la LM, entorno a un 30%.
- **Evolución de la PV (prevalencia):** desde el 1993 y hasta el 2009, se puede ver un resurgir de la prevalencia de la lactancia natural, pasando de un 11% a un 64%. Del 2002 al 2006, ha aumentado la prevalencia de manera significativa. Y al año del nacimiento, se demuestra un aumento sustancial.

Aún a día de hoy, no se cumplen los objetivos fijados por la OMS, sin embargo las madres Navarras tienen una idea muy positiva en pro de la LM (tan solo el 10% no amamantan a sus bebés).

-CATALUÑA³:

- **Inicio de LM:** el porcentaje de iniciación es mayor en Cataluña que en Barcelona.
- **Evolución de la PV:** ha aumentado en 2003, con respecto a años anteriores. Aunque las cifras siguen siendo muy bajas.

En Barcelona, la duración de LME (lactancia materna exclusiva) se sitúa en 3 meses y el abandono se sitúa a los 4,4 meses. En cambio a los 3 y 6 meses desde el nacimiento, la prevalencia en Barcelona es mayor que en Cataluña.

En el plan de Salud de Cataluña (2002-2005), se plantea que al menos un 60% de bebés deben tomar LM a los 3 meses.

-CASTILLA Y LEÓN¹³:

- **Evolución de la PV de LM:** el inicio en Castilla y León en el año 2007, es alto, con respecto a años anteriores (casi un 90%). Sigue la misma evolución que en las diferentes ciudades de España.

-GALICIA¹:

- **Evolución de la PV de LM:** En este estudio se demuestra que hay un crecimiento de la PV de la LM, en 2008 con respecto a 2007. Tanto en el inicio, cómo en los meses posteriores.

Según Rodicio García, el 69,9% de madres ofrecen LM a sus hijos.

Los datos se muestran en la tabla y siguen la misma evolución que en el resto de España.

-ARAGÓN⁴:

- **Primer semestre:** más del 50% de los RN toma LM a partir del sexto mes, llama la atención el alto porcentaje de prevalencia de LM, que se demuestra en este estudio (2009-2010), con respecto a los demás lugares de España.

- **Evolución de la PV de LM:** se muestra una alta prevalencia durante el primer año de vida del lactante, entre 2009-2010. Los datos superan cualquier otro estudio hecho en España, que se haya analizado.

-ASTURIAS, NAVARRA y NORTE DE ESPAÑA⁴:

- **Prevalencia LM:** similar a Aragón son las cifras que se muestran en la zona norte de España, entre el año 2009-2010, mostrando una elevada prevalencia de LM, pero sin llegar aún a los objetivos de las instituciones sanitarias⁴.

-GRANADA¹³:

- **Inicio de LM:** se muestra en el año 2011-2012 un descenso importante en el inicio de la LM, con respecto a años anteriores y a lugares diferentes de España.

En Andalucía, solamente un 20-30% de bebés reciben LM a partir de los 3-4 meses de vida.

La prevalencia de la LM es similar a la de la lactancia mixta, con un 53% y un 45% respectivamente.

Está muy por debajo de las recomendaciones de la OMS.

-GUIPÚZCOA²³:

- **Inicio de LM:** la tasa de inicio de lactancia materna se mantiene constante en torno al 80%-90% en la actualidad, en un estudio del país vasco.
- Al 4º mes se mantiene estable (alrededor de un 50%).
- Al 6º mes se mantiene entre un 10% y un 20 %, muy por debajo de las recomendaciones de los organismos mundiales.

Una vez analizados los datos de prevalencia de LM de las diferentes regiones y provincias de España, a continuación se analizará el tercer objetivo de nuestro trabajo.

Objetivo 3: ¿Puede compararse la evolución de la prevalencia de la LM en España a la de otros países?

En este tercer objetivo se compara la evolución que ha tenido la prevalencia de la lactancia materna en España con otros países Europeos y no Europeos.

La media de la prevalencia y duración de LM en **Europa**, es más alta que en **España**¹⁹, siendo España, el país de la unión europea con menor prevalencia y duración de LM¹⁹, aunque Italia, en tasas de PV y duración de la LM, es similar a este.

La mayoría de países europeos no cumplen con las políticas y recomendaciones sanitarias internacionales^{3,16}. En este sentido, tanto en el conjunto de Europa cómo en España, las cifras de prevalencia y duración de la LM, son muy inferiores a las recomendadas por la OMS, que consideran adecuado que un 75% de las madres inicien LM, un 50% llegue hasta los 6 meses y un 25% a los 12 meses, tras el parto^{10,13,16}.

En países como Francia, Suiza, Reino Unido y Alemania, igual a lo destacado para España, de forma general, las madres inmigrantes superan las cifras de inicio y duración de la LM, con respecto a las del país de origen¹⁹.

Los países nórdicos, están por encima de cualquier país europeo, en tasas de incidencia y prevalencia de LM. Según Baerug et. al, en Oslo (Noruega), el 99% de las madres ofrecen LM a su hijo nada más nacer y un 80% sigue a los 6 meses, relacionándolo con una cultura pro-lactancia materna y con sus políticas sanitarias¹.

Especialmente, **Suecia, Noruega y Dinamarca (países escandinavos)**, están a la cabeza de la prevalencia en LM, con un inicio en torno al 100% y una continuidad, a partir de los 6 meses, de casi el 50%^{1,15}. Por el contrario, **Gran Bretaña y Francia** están a la cola en la prevalencia europea, junto con España e Italia. En Francia, en 2003, tan solo el 58% de los bebés tomaban pecho al alta después del parto, con una duración máxima de 10 semanas¹.

Cattano et al. (2009) afirman que el **Reino Unido** está muy por detrás en la prevalencia, con respecto a otros países europeos, con altas tasas de abandono temprano de la LM²⁰. Según la última encuesta de alimentación infantil, en 2012, las madres británicas amamantan más que en 2005, la prevalencia a los 6 meses es de tan solo alrededor de un 30%, y solamente el 1% de bebés se alimentan con LM exclusiva²⁰.

Hay que destacar un evento muy importante surgido en Europa, concretamente en Austria (Viena) en el año 1909, este fue el primer banco de leche materna de todo el mundo¹⁴.

Poco a poco los demás países han ido implantando sus propios bancos de leche, existentes en Europa (Reino Unido e Italia) y en América (EEUU y Brasil).

Brasil lidera a las demás redes nacionales, y tiene la mayor red del mundo, que sirve para ayudar a madres lactantes (2013).

En 2008 se creó la asociación de Banco de Leche Española, para favorecer la cooperación entre los bancos de leche nacionales y europeos. El primero en España fue abierto en 2001, y ya en 2013 contamos con 7, con el fin de alimentar a bebés a los que la madre no le pueda dar el pecho.

En este apartado y para concluir el objetivo 3, también se compara la PV de la lactancia materna en otros países no Europeos, los datos varían con respecto a Europa:

MÉJICO: a principios del año 2000, las tasas de incidencia y duración de LM aumentaron. El equipo sanitario se encargó de difundir información positiva sobre LM a las madres, con buenos resultados. En EEUU y en Méjico, existe la contraindicación de LM a madres con VIH, sin embargo en países que no existen otros medios o no se los pueden permitir, sí que se recomienda. La mayoría de madres informadas en Méjico, prefieren LM a LA. Entre 1999 y 2008 el 87% de madres eligió LM, como método de alimentación⁵.

CHILE: entre 1993 y 2002, Chile logró aumentar las cifras de LM exclusiva a partir del sexto mes, del 16% al 43%.

Entre 2008 y 2010, en cambio, la prevalencia descendió a partir del sexto mes, de un 49%, cifra a la que había llegado, a un 43%. Casi un 25% de madres, abandonó la LM antes del sexto mes, y en torno a la mitad de las madres que aún lactaban, continuaron hasta el sexto mes.

Las tasas de iniciación temprana de LM en los países latinoamericanos son mucho mayores (50%), en comparación a Europa (17%)⁹.

EEUU: entre 2000 y 2008 la LM entre madres blancas, negras e hispanas aumentó considerablemente, entre los 6 y 12 meses.

En Misisipi, destaca la baja prevalencia de iniciación de LM entre 2004 y 2008, menos de 4 de cada 10 mujeres la inician²².

CHINA: aunque el 78% de madres chinas consideran las primeras horas de lactancia importantes, las tasas de iniciación en China (2010-2011) son muy bajas, en las áreas rurales (9,1%)¹⁸.

Se han comprobado muy bajos índices de iniciación temprana por diversas partes de china:

- Shaanxi 0%
- Henan 2,8%
- Hebei 18%
- Hong 25%
- Heilongjiang, Jilin, Liaoning 50%

Como se observa, las diferencias en relación a España son muy significativas, siendo las cifras de la PV mucho más bajas.

Otros países cercanos a China, muestran índices algo más altos que en ese País, pero comparando las cifras con España se observa que son sustancialmente menores.

- Vietnam 45,6%
- Filipinas 43,6%
- Nepal 35,4%
- India 23,5%

AUSTRALIA: en el 2006, no se cumplen los objetivos de LM exclusiva del 60% de LM exclusiva durante 3 meses, ya que iniciaron con cualquier medio de lactancia.

Como se puede observar, las tasas de incidencia en algunos países no Europeos son menores que en España, especialmente en China. También se puede destacar el alto porcentaje de madres que abandonan a los 3 y 6 meses, y la baja PV que existe.

Objetivo 4 ¿Cómo afectan las políticas sanitarias y el papel de los profesionales a la evolución de la lactancia materna en España?

En este último objetivo específico, se explicará la importancia que tienen las políticas sanitarias actuales y el papel de los profesionales, en cuanto a la evolución de prevalencia de la lactancia natural en España.

Las políticas sanitarias son aquellas medidas tomadas por los gobiernos para controlar y planificar la salud de los ciudadanos.

Las tasas que recomienda la OMS es la alimentación con LM de forma exclusiva, hasta los 6 primeros meses de vida, y alimentación complementaria después de los 6 meses, siguiendo con la LM hasta que la madre y el niño lo deseen^{2,8,15,16}.

La OMS y la UNICEF, se marcaron cómo objetivo, que en 2005, el 50% de las madres tenían que amamantar a sus hijos, hasta los 6 primeros meses de vida, y si todo iba bien, mantener la LM hasta los 2 años. Sin embargo en la Academia Americana de pediatría se recomienda dar LM hasta el primer año de vida^{1,2,15}.

El plan de Salud de Cataluña (2002-2005), especifica que al menos un 60% de los bebés deben tomar LM a los 3 meses de vida³.

A pesar de las recomendaciones y campañas políticas, realizadas por las instituciones nacionales e internacionales, la tasa de inicio y mantenimiento sigue siendo bajas en España, desde hace décadas⁴, destacando un alto índice de abandonos durante las primeras semanas¹.

Estudios epidemiológicos revelan que falta mucho para llegar a los objetivos y recomendaciones nacionales e internacionales⁷.

Las mejoras nutricionales e inmunitarias y las medidas preventivas y psicológicas, son muchas de las ventajas que ofrece la LM⁷, pero cómo se dijo anteriormente, hay madres que en determinadas ocasiones no pueden dar LM a su bebé o tienen dificultades para conseguirla por otros medios. Organismos cómo la OMS, UNICEF, y la Asociación española de pediatría, defienden la donación de leche para el mantenimiento de la LM, a través de bancos de leche. Los profesionales que se dedican a trabajar con estos bancos, apoyan a las madres donantes para que sigan realizando su aportación y así ayudar a los niños que no disponen de este recurso¹⁴.

Se hace visible la necesidad de una mayor promoción y apoyo a estas instituciones, a las familias y a los profesionales de la salud¹⁴.

El apoyo a las madres es muy importante, cómo se dijo anteriormente. La reincorporación al trabajo, en diferentes puntos de España está considerada una de las causas principales de abandono. Estas madres necesitan mayor apoyo por parte de las instituciones y medidas que favorezcan poder compaginar el trabajo con la alimentación de sus hijos¹⁵.

En diferentes partes de España, se han realizado políticas para promocionar la LM, pero aún no han sido suficientes, existiendo dificultades para implantarlas. Esto hace preciso asesorar a las familias para paliar dichas dificultades².

Una de estas políticas, fue la adaptación de las unidades de maternidad, en Aragón, por las recomendaciones de la iniciativa del “Hospital Amigo de los niños” (iniciativa lanzada por la OMS y UNICEF), demostrando gran efectividad en la promoción de la LM⁴.

Gracias a programas que favorecen la lactancia materna, desde los sistemas sanitarios, ha habido un aumento en la prevalencia en ciertas regiones de España¹⁰. Durante la atención pre-natal y post-natal a las madres y bebés recién nacidos, está demostrado que gracias a las políticas de educación sanitaria, se aumenta la incidencia de la LM².

Según una investigación hecha en 2008, las políticas de educación para la salud, y también la educación a las madres sobre LM, aumenta las cifras de incidencia de LM entre las mujeres. Los autores Sallam et al. recomiendan mejorar la educación a las madres, para aumentar el índice de iniciación temprana de LM¹⁰.

Diferentes proyectos y programas se realizan en España para aumentar la prevalencia de la LM:

- En Andalucía (2011-2012), se realizó un programa educativo para las madres, durante el embarazo, el parto y el nacimiento, en el tercer trimestre de gestación, donde se trataron temas relacionados con los beneficios y problemas que tiene la LM¹⁰.
- El Proyecto PALMA (Programa de apoyo a la LM) comenzó en 2007 en Huesca, apoyando a las madres de recién nacidos, durante el primer año de vida, y ofreciéndoles educación maternal y asistencia, en un centro de atención primaria².

Estos programas se han implementado en otros países, además de en España y han resultado muy importantes por mejorar las tasas de prevalencia de LM⁴.

Se ha demostrado que el papel de los profesionales sanitarios, es un factor muy importante, ya que estimulan a adoptar mejores hábitos de salud e intervienen en el bienestar de las madres y los niños¹³.

En diversos estudios se observa que un factor positivo para predecir el éxito de la LM, es el consejo de la enfermera pediátrica^{2,7,15}. Un estudio realizado en Navarra, entre 2002 y 2006, demuestra que, gracias a los profesionales de enfermería se observan un aumento de la duración LM. Las enfermeras utilizan una metodología propia y realizan unos cuidados excelentes al recién nacido, y apoyan a las familias, realizando visitas domiciliarias y favoreciendo un inicio de la lactancia natural⁷.

La información por parte de los profesionales, llega a las madres de diferentes maneras²: programas de preparación al parto, revisiones pediátricas, información y asesoramiento post-parto, atención primaria, familia y amistades, reuniones, internet...

Los programas de LM son muy beneficiosos, aunque solamente consistan en una sola intervención y en un momento concreto. En estos programas, el personal sanitario intenta fomentar el inicio y el mantenimiento de la LM, a través de sus conocimientos y experiencia, tratando de solucionar las dificultades de amamantamiento, e informando a las madres.

Martínez G.R et al., consideran en su trabajo que la información en forma de folletos, no es la más adecuada, ya que no tiene efecto sobre la toma de decisión de la madre en cuanto a la LM, resultando más indicadas las intervenciones post-parto y las visitas domiciliarias de los sanitarios².

Se destaca que en ciertas ocasiones, la falta de información a las madres sobre LM, se relaciona con un aumento de la lactancia artificial y un mayor abandono de la lactancia natural^{3,15}.

CONCLUSIONES:

En relación a la pregunta general formulada en este trabajo, de si ha cambiado la prevalencia de la lactancia materna en España en los últimos 15 años, y después del análisis de la bibliografía, puede afirmarse que la prevalencia entre las madres españolas ha ido cambiando: en ciertas regiones ha aumentado con respecto a años anteriores y en otras ha disminuído, además estos cambios dependen de multitud de factores asociados a su inicio y abandono.

En cuanto a su evolución en nuestro país, puede concluirse que:

- A partir del año 2000, el inicio de la LM se ha mantenido estable, en torno al 80-90%, hasta día de hoy, acercándonos a los objetivos fijados por la OMS, en cuanto a incidencia.
- A medida que el niño va creciendo, las cifras de LM bajan bruscamente, sobre todo en las primeras semanas de vida del recién nacido y al sexto mes, lo que hace disminuir de manera repentina la PV.
- Entrando en el nuevo siglo, se da una gran variabilidad en las cifras de prevalencia de LM, entre las diferentes comunidades autónomas y regiones de España.
- La inmigración ha contribuido considerablemente a aumentar la prevalencia considerablemente, en los últimos 15 años, sin embargo en España, actualmente, existe un abandono precoz, sin llegar a los objetivos fijados por las instituciones y organismos sanitarios mundiales.

En relación a los factores que condicionan la prevalencia, los más influyentes han sido:

- La edad de la madre (menor edad = menor PV).
- El nivel de estudios (menor nivel = menor PV).
- El tipo de parto y el contacto precoz (cesáreas y epidural = menor PV).

- La decisión materna y familiar previa al parto.
- Información de los profesionales (debe ser una información completa y veraz).
- El apoyo y soporte a la madre (por parte de las instituciones, profesionales sanitarios, familia y padre).
- La procedencia materna (las madres españolas ofrecen menos LM a sus hijos que las madres procedentes de otros países, en España).
- El hábito de fumar (esta decisión perjudica la PV de la LM).
- La técnica de amamantamiento (adquirir una mala técnica, aumenta el riesgo de abandono temprano).
- La reincorporación al trabajo y el horario laboral (perjudica el inicio y la PV).
- Enfermedades maternas y neonatales (aumentan el abandono de la LM).
- Causas psicológicas (depresión post-parto, estrés, ideas negativas...aumentan el abandono temprano de la LM).
- Modas (favorecen la lactancia artificial).

Como se ha demostrado en la discusión, la mayoría de factores negativos que inducen a un abandono temprano o a la no instauración de la LM, se pueden corregir con una adecuada educación al profesional sanitario, con más medidas institucionales, campañas informativas y una mayor información a los padres en los controles de salud.

En relación a la comparación de la PV en España y en Europa y otros países no Europeos, se destaca:

- La PV de lactancia natural en Europa es más alta que en España, aunque siguen sin cumplirse las recomendaciones de los organismos sanitarios mundiales.
- Los países europeos que tienen una mayor tasa de PV en LM son los países escandinavos y los países con menor índice son Francia, Reino Unido, España e Italia.
- En países como Brasil, Australia, EEUU, Chile y Méjico, la prevalencia ha ido en aumento de manera progresiva, con respecto a años anteriores, sin embargo, el abandono también se produce de manera temprana, como en España.
- En diversas partes de China, tanto el inicio como la prevalencia son muy bajos, rondando desde un 0% a un 50%, debido a creencias y costumbres de las zonas rurales.
- Las madres de países latinoamericanos tienen tasas de inicio mayores en LM, con respecto a Europa, en cambio no se llegan a los objetivos fijados por la OMS en cuanto a cifras de PV en LM.

En relación a la promoción de la lactancia materna, puede concluirse que tanto los profesionales de la salud como los organismos e instituciones sanitarias mundiales, desarrollan desde hace tiempo estrategias para concienciar a las familias desde ámbitos hospitalarios, ambulatorios etc. Se ha visto que gracias a los programas educativos a los padres y a los consejos profesionales, se ha conseguido ayudar a las familias a tomar

la decisión correcta de amamantar a sus hijos, y así aumentar la PV de la LM no solo en España, si no en muchos países Europeos y de ámbito internacional.

Con este trabajo, queda claramente demostrado que la lactancia materna es el mejor método de alimentación infantil hasta los 2 años de vida del bebé, junto con la introducción de alimentación complementaria. Por ello, para poder seguir aumentando la PV en España, es preciso:

- Dar un mayor apoyo por parte de las instituciones a los padres.
- Dar una mayor promoción de la LM por parte de los profesionales.
- La implantación de políticas que favorezcan la LM y que luchen contra todos los factores negativos, relacionados con el abandono temprano de la misma.

BIBLIOGRAFÍA:

1. González, J. L., Durán, T. V., González, E. M., & Álvarez, M. H. (2008). Estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna en los centros de salud del Val Miñor. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 29(603), 603–616.
2. Martínez, G. R., Fernández-Espinar, J. F., Villagrasa, M. P. S., Cosculluela, P. B., Hernández, M. P. C., Bonel, M. F. S., ... Galindo, a. B. S. (2008). Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. Proyecto PALMA. *Acta Espanola*, 66(11), 564–568.
3. Canet, Á. R., García, Á. C., & Vázquez, S. V. (2006). Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de Salud Sant Feliu-2 (Barcelona). *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 2(409), 409–420.
4. Cuadrón Andrés, L., Samper Villagrasa, M. P., Álvarez Sauras, M. L., Lasarte Velillas, J. J., & Rodríguez Martínez, G. (2013). Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *Anales de Pediatría*, 79(5), 312–318. doi:10.1016/j.anpedi.2013.03.010
5. Morales-Gómez, P., Martínez-Nava, S., & Hernández-Martínez, J. (n.d.). Experiencia de la lactancia materna en el Hospital Médica Sur del año 1999 al año 2008. *Médica Sur*, 18(4), 163–167. Retrieved from <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=17&IDARTICULO=42017&IDPUBLICACION=4387>
6. Franquet, M., Palma, C., & Cahuana, a. (2009). Nutrición y alimentación en la infancia del siglo XXI. *Odontología Pediatrica*, 17, 105–115. Retrieved from <http://odontologiaparabebes.com/pdf/alimentacion.pdf>
7. Baztán, I., Ortega, I., Armendáriz, Y., & Barace, E. (2009). Evolución de la lactancia materna en la población que atiende el Centro de Salud de Mendillorri. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*. doi:10.4321/S1137-66272009000100005

8. Otal-Iospaus, Silvia; Morera-Liáñez, L.; Brenal-Montañéz MJ; Tabueña-Acin, J. (2012). El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof.*, 13(1), 3–8.
9. Niño M, R., Siva E, G., & Atalah S, E. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(2), 161–169.
10. Martínez Galiano, J. M., & Delgado Rodríguez, M. (2013). [Early initiation of breastfeeding is benefited by maternal education program]. *Revista Da Associação Médica Brasileira (1992)*, 59(3), 254–7. doi:10.1016/j.ramb.2012.12.001
11. Santos, F. S., & Mello, D. F. De. (n.d.). Measures to promote breastfeeding in Imperatriz , State of Maranhão , Brazil : an epidemiological study, 13(suppl I), 366–369.
12. Gage, H., Raats, M., Williams, P., Egan, B., Jakobik, V., Laitinen, K., ... Koletzko, B. (2011). Developmental origins of health and disease: The views of first-time mothers in 5 European countries on the importance of nutritional influences in the first year of life. *American Journal of Clinical Nutrition*, 94(4), 2018–2024. doi:10.3945/ajcn.110.001255
13. Aguilar Cordero, M. J., Sáez Martín, I., Menor Rodríguez, M. J., Mur Villar, N., Expósito Ruiz, M., Hervás Pérez, a., & González Mendoza, J. L. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutricion Hospitalaria*, 28(3), 920–926. doi:10.3305/nh.2013.28.3.6395
14. Juárez, M., & Riovalle, R. S. (n.d.). Experiencias de donación de leche humana en Andalucía-España : un estudio cualitativo Experiences of human milk donation in Andalucía-Spain : a qualitative study Raylane da Silva ** Campos, 114–124.
15. García, M. M. R., Abadi, a A., Cancela, M. S., Sáez, M. J. R., & Andrés, a A. (2007). Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. *Acta Pediátrica Española*, 65(1), 6–11.

16. Rius, J. M., Ortu, J., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M. a, & López, a. (2014). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España, *80*(1), 6–15. doi:10.1016/j.anpedi.2013.05.011
17. Marshall, C., Gavin, L., Bish, C., Winter, A., Williams, L., Wesley, M., & Zhang, L. (2013). WIC participation and breastfeeding among white and black mothers: Data from mississippi. *Maternal and Child Health Journal*, *17*, 1784–1792. doi:10.1007/s10995-012-1198-1
18. Tang, L., Binns, C. W., Lee, A. H., Pan, X., Chen, S., & Yu, C. (2013). Low Prevalence of Breastfeeding Initiation within the First Hour of Life in a Rural Area of Sichuan Province, China. *Birth*, *40*(June), 134–142. doi:10.1111/birt.12038
19. Suárez, B. O., Madurga, L. E., Villagrasa, M. P. S., Aznar, L. A. M., Martínez, G. R., & Calina, C. (2015). Inmigración y factores asociados con la lactancia materna . Estudio CALINA, *81*(1), 32–38.
20. Sherriff, N., Panton, C., & Hall, V. (2014). A new model of father support to promote breastfeeding, *87*, 20–24.
21. Hauck, Y. L., Fenwick, J., Dhaliwal, S. S., & Butt, J. (2011). A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Maternal and Child Health Journal*, *15*, 260–268. doi:10.1007/s10995-009-0554-2
22. Allen, J. a., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G., Chen, J., & Odom, E. (2013). Progress in increasing breastfeeding and reducing racial/ethnic differences - United States, 2000-2008 births. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *62*(5), 77–80. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23388550>
23. Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., ... Ibarluzea, J. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, *29*(1), 4–9. doi:10.1016/j.gaceta.2014.08.002

