



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**UVa**

**Curso 2019-2020**  
**Trabajo de Fin de Grado**

**Prevalencia de las diferentes modalidades de lactancia y factores que influyen en el abandono de la lactancia materna, en los pacientes ingresados en la Unidad de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.**

**Lucía Díez Tejedor**

**Tutor/a: Sara Teresa Velasco Fernández-Mellado**

**Cotutor/a: José Herreros Rodríguez**

## RESUMEN

---

**Introducción:** Actualmente las modalidades de lactancia son la lactancia materna, la lactancia artificial y la lactancia mixta. La lactancia materna posee unos beneficios únicos tanto para la madre como para el lactante, beneficios que están centrados en aspectos biológicos, psicoafectivos, económicos y sociales. Los niños amamantados por madres sanas pueden alimentarse exclusivamente de leche materna durante los seis primeros meses de vida manteniendo un equilibrio hídrico correcto. Referente a los aspectos biológicos la lactancia materna confiere al lactante la protección inmunológica necesaria frente a infecciones y procesos alérgicos asociándose a tasas más bajas de hospitalización pediátrica.

**Objetivo:** Valorar la prevalencia de los distintos tipos de lactancia (materna, artificial y mixta) en las madres de los pacientes ingresados en la Unidad de Pediatría del HCUV.

**Metodología:** Es un estudio descriptivo de una muestra de las madres de los pacientes ingresados en la Unidad de Pediatría del HCUV.

**Resultados:** El 75% de las madres optan por una lactancia materna, mientras que solo el 25% de ellas optan por las fórmulas adaptadas. La hipogalactia en un 43,8% fue el motivo principal para optar por lactancia artificial.

**Conclusiones:** Tres de cada cuatro madres optan por una lactancia materna y el motivo más frecuente para elegir lactancia artificial es la hipogalactia.

**Palabras clave:** lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta, prevalencia.

## **ABSTRACT**

---

**Introduction:** Nowadays, the modalities of nourishment include breastfeeding, infant formula and mixed feeding. Breastfeeding has unique biological, psycho-affective, economic and social benefits, both for the mother and the infant. Children of healthy mothers can be exclusively breastfed for the first six months of life while maintaining an adequate water balance. With regard to the biological benefits, breastfeeding provides the infant with the necessary immune protection against infections and allergic processes and is associated with lower rates of pediatric hospitalization.

**Objective:** Assess the prevalence of breastfeeding, infant formula and mixed feeding performed by mothers of patients admitted to the HCUV's Pediatrics Unit.

**Methodology:** It is a descriptive study of a sample of mothers from patients admitted to the HCUV's Pediatrics Unit.

**Results:** 75% of mothers opt for breastfeeding, while only 25% of them opt for infant formulas. Hypogalactia was the main reason artificial feeding was chosen in 43.8% of the cases.

**Conclusions:** Three out of four mothers opt for breastfeeding and the most common reason for choosing artificial breastfeeding is hypogalactia.

**Keywords:** breastfeeding, infant formula, mixed feeding, prevalence.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

1.	INTRODUCCIÓN .....	1
1.1	Definiciones sobre lactancia y sus modalidades.....	1
1.2	Historia de la lactancia artificial.....	2
1.3	La lactancia materna. Ventajas e inconvenientes.....	3
1.4	La lactancia artificial. Ventajas e inconvenientes .....	6
1.5	Factores de abandono de la lactancia materna .....	7
2.	OBJETIVOS.....	9
3.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
3.1	Diseño.....	10
3.2	Área de estudio.....	10
3.3	Población y muestra .....	10
3.4	Procedimiento e instrumentos de medida .....	10
3.5	Variables del estudio.....	10
3.6	Análisis estadístico .....	12
3.7	Cronograma de ejecución .....	12
3.8	Recursos materiales y humanos.....	13
3.9	Consideraciones ético-legales .....	14
4.	RESULTADOS .....	15
4.1	Análisis descriptivo de las variables cuantitativas.....	15
4.2	Análisis descriptivo de las variables cualitativas.....	16
4.3	Análisis inferencial .....	20
5.	DISCUSIÓN .....	22
5.1	Análisis descriptivo .....	22
5.2	Análisis inferencial .....	25
5.3	Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación.....	26
6.	CONCLUSIONES .....	28
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	29
	ANEXOS .....	31
	Anexo I: Cuestionario de lactancia.....	31

## ÍNDICE DE TABLAS

---

<b>Tabla 1.</b> Cronograma de ejecución.....	12
<b>Tabla 2.</b> Análisis de las variables cuantitativas del estudio.....	15
<b>Tabla 3.</b> Distribución de las madres en función de la modalidad de lactancia que decidieron.....	16
<b>Tabla 4.</b> Distribución de las madres que decidieron lactancia materna en función de si fue exclusiva o mixta.....	16
<b>Tabla 5.</b> Dentro de las mujeres que decidieron una lactancia artificial, distribución de estas según el motivo por el qué no decidieron esa modalidad.....	17
<b>Tabla 6.</b> Distribución de las madres en función de la posible ayuda que precisaron con su lactancia materna al alta hospitalaria.....	17
<b>Tabla 7.</b> Distribución de las madres según el nivel de información sobre la lactancia materna ofrecido durante el embarazo.....	18
<b>Tabla 8.</b> Distribución de las madres en función de si habían decidido previamente una modalidad de lactancia.....	18
<b>Tabla 9.</b> Distribución de las madres en función de si realizaron piel con piel en paritorio.....	18
<b>Tabla 10.</b> Distribución de las madres según el tiempo transcurrido tras el parto hasta la primera vez que el recién nacido cogió el pecho.....	19
<b>Tabla 11.</b> Distribución de las madres según el lugar de residencia durante la lactancia.....	19
<b>Tabla 12.</b> Distribución de las madres según su estado civil durante la lactancia.....	19
<b>Tabla 13.</b> Distribución de las madres según su situación laboral durante la lactancia.....	20
<b>Tabla 14.</b> Distribución de las madres según su nacionalidad y grupo étnico.....	20
<b>Tabla 15.</b> Relación entre lactancia materna y estado civil.....	21
<b>Tabla 16.</b> Relación de la edad de la madre con la nacionalidad y grupo étnico....	21

## 1. INTRODUCCIÓN

---

### 1.1 Definiciones sobre lactancia y sus modalidades

La lactancia es la acción de amamantar, actualmente las modalidades de lactancia son la lactancia materna, la lactancia artificial y la lactancia mixta.

La lactancia materna es el proceso biológico por el cual la madre alimenta al recién nacido con la leche producida por sus glándulas mamarias tras el parto. La leche materna es un fluido vivo que varía en cuanto a composición y cantidad, adaptándose a las necesidades requeridas por el recién nacido a lo largo de su desarrollo<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como la ingesta de leche materna que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, excluyendo también el agua ya que la OMS confirma que la leche materna contiene un 88% de agua, cantidad suficiente para mantener un equilibrio hídrico correcto<sup>2,3</sup>.

La OMS, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (AEP) coinciden en que es recomendable una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del lactante. Así mismo consideran beneficioso para el lactante continuar con la lactancia materna de forma complementaria a otros alimentos hasta alcanzar los dos años de edad<sup>4,5</sup>.

“A nivel mundial, solo un 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva”, publicó la OMS en agosto de 2017<sup>6</sup>.

Respecto a las otras dos modalidades, lactancia mixta y lactancia artificial la OMS las define de la siguiente manera: en la lactancia mixta el lactante recibe leche materna, leche artificial (fórmula adaptada según la edad) y otros alimentos y en la modalidad de la lactancia artificial la nutrición es exclusivamente a base de leche artificial (fórmula adaptada según la edad) y otros alimentos entre los que no se encuentra la leche materna<sup>7</sup>.

## 1.2 Historia de la lactancia artificial

Desde la antigüedad la lactancia materna ha sido la forma de aportar la nutrición correcta al niño durante sus primeros años, ya que como mamífero que es el ser humano ha necesitado leche materna para su supervivencia.

A mediados del siglo XX, con la Revolución Industrial, se empezó a desarrollar la industria química y farmacéutica creándose así las primeras leches “maternizadas” consideradas como alimento sustitutivo de la leche materna humana<sup>1</sup>.

Tras la Segunda Guerra Mundial, la lactancia materna fue abandonándose de forma progresiva y siendo sustituida por las fórmulas adaptadas, las cuales se encontraban en pleno desarrollo industrial<sup>1</sup>.

En España, durante la década de 1960 la lactancia materna fue perdiendo empuje de forma considerable, hasta alcanzar valores mínimos en 1970<sup>8</sup>.

Posteriormente el fomento de los beneficios para el lactante de una lactancia materna consiguió un ligero aumento de su duración en la década de 1990<sup>8</sup>.

Desde sus comienzos hasta nuestros días, las fórmulas adaptadas han ido evolucionando y mejorando su composición de tal manera que actualmente según el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN) recomienda dos tipos de fórmulas:

Fórmula de inicio: destinada a satisfacer las necesidades del lactante hasta los seis meses.

Fórmula de continuación: forma parte de una alimentación mixta recomendada después de los cuatro o seis meses de vida. Puede utilizarse hasta los tres años debido a que posee una serie de ventajas nutricionales sobre la leche de vaca. La AAP recomienda el uso de un único tipo de fórmula adaptada durante el primer año que disponga de una composición parecida a la fórmula de inicio y enriquecida con hierro<sup>9</sup>.

Existen modificaciones de las fórmulas adaptadas como son las fórmulas anti-estreñimiento, fórmulas suplementadas con nucleótidos como protección contra enfermedades infecciosas, fórmulas con efecto bifidógeno que actúan como

prebióticos favoreciendo el desarrollo de la flora bifidogénica, fórmulas adaptadas que favorecen el desarrollo cognitivo.

También existen fórmulas especiales, tales como las fórmulas anti-regurgitación, fórmulas sin lactosa, fórmulas hidrolizadas o “semielementales” utilizadas en caso de que el lactante tenga problemas de maladigestión o malaabsorción, fórmulas de soja, y por último leches para prematuros que se caracterizan por ser más nutritivas y poseer una mayor densidad calórica<sup>9</sup>.

### **1.3 La lactancia materna. Ventajas e inconvenientes**

La lactancia materna posee unos beneficios únicos tanto para la madre como para el lactante, beneficios centrados en los aspectos biológicos, psicoafectivos, económicos y sociales<sup>2</sup>. Referente a los aspectos biológicos la lactancia materna confiere al lactante la protección inmunológica necesaria frente a infecciones y procesos alérgicos asociándose a tasas más bajas de hospitalización pediátrica<sup>3</sup>. Estos aspectos biológicos de la lactancia materna vienen definidos por la composición de la leche materna. La composición de la leche materna pasa por cuatro etapas que pueden definirse como pretérmino, calostro, transición y madura.

La leche pretérmino también llamada precalostro es aquella producida durante el último trimestre de gestación en caso de tener un recién nacido prematuro, posee una composición rica en proteínas, lactoferrina e inmunoglobulinas IgA y baja en lactosa<sup>10</sup>.

El calostro es producido durante aproximadamente los primeros cuatro días tras el parto, es un líquido espeso y amarillento rico en proteínas, minerales y vitaminas liposolubles<sup>10</sup>. Su función es fortalecer el sistema inmunológico y contribuir al crecimiento de la flora intestinal del recién nacido.

Entre el cuarto y sexto día tras el parto la cantidad de leche aumenta, lo que comúnmente se conoce como subida de la leche<sup>10</sup>. Este tipo de leche de corta duración y diferente composición al calostro se llama leche de transición. Dura entre cinco y diez días, es de aspecto más claro que el calostro y se caracteriza por una mayor cantidad de grasa, lactosa y vitamina hidrosolubles. Debido a su

composición rica en grasas es una leche más calórica con la función de que el recién nacido aumente de peso.

A partir de los diez días tras el parto la madre empieza a producir otro tipo de leche, llamada leche madura cuya composición es un 88% agua<sup>10</sup>, grasas, proteínas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas, hormonas, enzimas, oligoelementos y elementos traza que van a favorecer el correcto crecimiento y desarrollo del recién nacido. Este tipo de leche es alimento suficiente durante los primeros seis meses de vida y de forma complementaria a otros alimentos hasta los dos años según hemos mencionado anteriormente.

Hay dos periodos de formación de la leche materna o lactogénesis<sup>11</sup>, el primero de ellos corresponde a la leche pretérmino y al calostro ya que abarca el último trimestre de gestación y los tres o cuatro días después del parto. El segundo periodo de lactogénesis va desde el tercer o cuarto día después del parto hasta la finalización de la lactancia materna que corresponde a la leche de transición y a la leche madura.

### **Ventajas de la lactancia materna**

Se ha demostrado que la lactancia materna disminuye el riesgo de infecciones gastrointestinales ya que los lactantes alimentados únicamente con fórmulas adaptadas tienen un 80% de probabilidades de presentar diarrea<sup>12</sup>.

La lactancia protege a los lactantes durante sus primeros meses de vida de la enfermedad febril aguda reduciendo tasas de hospitalización en lactantes con lactancia materna exclusiva.

Respecto a infecciones respiratorias son menos predominantes en lactantes con lactancia materna de tal manera que aquellos alimentados con fórmulas adaptadas tienen más probabilidades de morir por neumonía. La bronquiolitis por virus sincitial también es más acusada en aquellos lactantes alimentados con lactancia mixta o artificial.

Los niños alimentados con cualquier volumen de leche materna tienen 23% menos de riesgo de presentar otitis media aguda<sup>12</sup>.

Múltiples estudios en distintas partes del mundo han comprobado que el sobrepeso es menor en lactantes con lactancia materna, de tal forma, que cada mes de lactancia materna disminuye en un 4% el riesgo de padecerlo<sup>12</sup>.

Un estudio reciente que abarcó artículos de los últimos 50 años concluyó que los niños con lactancia materna durante seis meses o más estaba asociada a un 19% de disminución del riesgo de desarrollar leucemia durante la infancia<sup>12</sup>.

La lactancia materna presenta un rol protector sobre diversas enfermedades como son la enterocolitis necrotizante y la enfermedad celiaca, en el caso de esta última, está demostrado que existe una disminución del 52% de riesgo de desarrollarla al introducir el gluten en la dieta del niño.

Respecto a las alteraciones de la conducta la lactancia materna durante seis meses disminuye el riesgo de presentar déficit de atención y trastorno del espectro autista.

### **Desventajas de la lactancia materna**

Un artículo que recogió información sobre posibles motivaciones y barreras percibidas por mujeres españolas sobre la lactancia materna determinó ciertos inconvenientes sobre la misma, inconvenientes tanto para la madre como para el hijo<sup>13</sup>.

Los inconvenientes maternos fueron los siguientes, ordenados de mayor a menor incidencia: complicación de la combinación de la lactancia materna con la actividad laboral, incomodidad de dar el pecho en un lugar público, pérdida de firmeza de los pechos durante la lactancia, presencia de dolor y grietas en los pezones y falta de tiempo para dedicarlo a uno mismo.

Respecto a los inconvenientes para el hijo, también ordenados de mayor a menor incidencia fueron los siguientes: aumento del número de despertares nocturnos porque el niño demanda ser alimentado, escasa ganancia de peso en comparación con niños alimentados con lactancia artificial, temor materno a que el lactante tenga mayor probabilidad de contraer enfermedades maternas al ser alimentado con lactancia materna y por último percepción de que el niño alimentado con pecho llora más que el alimentado con fórmula adaptada.

## **1.4 La lactancia artificial. Ventajas e inconvenientes**

### **Ventajas de la lactancia artificial**

A pesar de que los principales organismos de la salud promueven una lactancia materna hay situaciones que la desaconsejan como es un reflejo leve de succión en prematuros, escasa ganancia de peso, pezones invertidos o dolor de mamas durante las tomas. Las ventajas que ofrece la lactancia artificial son una mayor flexibilidad de horarios para la madre y comodidad para dar el biberón en público, la madre no debe adaptar su dieta a la lactancia, se controla la cantidad exacta de leche que el niño recibe y los lactantes alimentados con fórmula son menos demandantes ya que la leche de fórmula tarda más en digerirse que la materna<sup>14</sup>.

### **Desventajas de la lactancia artificial**

A corto plazo los lactantes alimentados con lactancia artificial son más propensos a sufrir procesos infecciosos, tales como gastroenteritis, infecciones de orina y muy frecuentemente infecciones de las vías respiratorias. También aumenta el riesgo de enterocolitis necrosante, muerte súbita del lactante y la mortalidad postneonatal durante el primer año de vida<sup>15</sup>. Debido a estas causas los niños alimentados con fórmula adaptada generan más tasas de hospitalización pediátrica que aquellos alimentados con leche materna.

A largo plazo los niños con lactancia artificial tienen una respuesta inmunitaria menor a las vacunas debido a que la transferencia de anticuerpos y linfocitos es deficiente en comparación con los niños amamantados por sus madres. Los niños alimentados con fórmula tienen mayor riesgo de padecer diabetes mellitus, enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, desarrollar leucemias o esclerosis múltiple. La lactancia artificial genera una prevalencia mayor de caries y necesidad de llevar ortodoncia más adelante debido a un peor desarrollo mandibular. Los niños alimentados con fórmula tienen un peor desarrollo psicomotor y cognitivo de tal forma que sacan puntuaciones inferiores en los test cognitivos y de coeficiente intelectual<sup>15</sup>.

Según algunos estudios como el contacto materno filial es menor en lactantes con lactancia artificial, este hecho, se ha relacionado con mayor riesgo de maltrato y abuso sexual.

Respecto a las madres, el abandono precoz de la lactancia materna supone un aumento del riesgo de desarrollar cáncer de ovario y cáncer de mama, así como un aumento del riesgo de hemorragia uterina postparto.

Respecto al gasto sanitario la lactancia artificial supone un aumento de este debido a la fabricación de las fórmulas y los materiales necesarios para su administración, así como una mayor contaminación medioambiental debido al aumento de basura, gasto de agua y electricidad que conlleva.

### **1.5 Factores de abandono de la lactancia materna**

A pesar de las numerosas desventajas de la lactancia artificial y ventajas de la lactancia materna que hemos explicado anteriormente, y de las campañas existentes de protección y promoción de la lactancia materna exclusiva, son hoy día muy bajas las tasas de esta en todo el mundo.

Diversos estudios han concluido que los factores más frecuentes de abandono son una reducida edad de la madre, nivel bajo de estudios, madres solteras, primíparas, falta de apoyo familiar, incorporación temprana al trabajo y falta de apoyo en el mismo, bajo peso del recién nacido, hipogalactia, etc.

Un estudio en Guipúzcoa sobre la prevalencia y factores asociados a la duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses observó una serie de variables de nuestro interés como son la hipogalactia, la situación laboral, el número de hijos, etc. Este estudio determinó que la causa más frecuente de abandono fue la incorporación al trabajo seguida de la hipogalactia<sup>16</sup>. Un motivo de abandono temprano fue también el no haber decidido previamente la modalidad de lactancia.

Otro estudio realizado a 151 puérperas en el área IV de Asturias sobre prevalencia de lactancia materna en recién nacidos sanos observó varias variables, de las cuales tres son de nuestro interés: la edad de la madre, el

porcentaje de madres que habían decidido previamente un tipo de lactancia y el tiempo transcurrido en paritorio hasta la primera toma de lactancia materna. La edad media de la madre fue de 33.83 años, el porcentaje de madres que habían decidido una lactancia materna de 84,2% y una lactancia artificial de 12,3%, el 3,5 % restante no habían tomado ninguna decisión. Y por último que las madres que dieron su primera toma en paritorio presentaron mayor porcentaje de lactancia materna al alta hospitalaria<sup>8</sup>.

El comité de lactancia de la AEP explica que el momento ideal para el inicio de la lactancia materna es el postparto inmediato, a ser posible durante las dos primeras horas de vida, momento en que el bebé se encuentra más reactivo<sup>17</sup>.

Un estudio de 2014 sobre la influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia, habló de la importancia del contacto precoz para el inicio de la lactancia materna dentro de las dos primeras horas de vida pudiendo así mantener una lactancia materna exclusiva posteriormente. En ese estudio se comprobó que en los casos en que se realizan prácticas hospitalarias que actúan de modo barrera en el contacto precoz tales como cesáreas y el ingreso de recién nacidos prematuros o bajo peso, se reduce considerablemente el inicio o mantenimiento de la lactancia materna<sup>18</sup>.

Otros países de la Unión Europea como es el caso de Suecia consiguen tasas mayores de lactancia materna. Un factor por el que pueden estar influenciadas estas tasas es la duración de la baja laboral por maternidad que en Suecia se prolonga hasta los 16 meses mientras que en España es de 4 meses.<sup>16</sup>

## **2. OBJETIVOS**

---

### **Objetivo general**

- Analizar la prevalencia de los distintos tipos de lactancia (materna, artificial y mixta) en las madres de los pacientes ingresados en la Unidad de Pediatría del Hospital Clínico Universitario (HCUV).

### **Objetivos específicos**

- Describir las variaciones en la distribución de los diferentes tipos de lactancia en función de las variables estudiadas.
- Describir los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna, según la prevalencia de estos en la población estudiada.
- Buscar diferencias estadísticamente significativas en la asociación entre el abandono de la lactancia materna y el resto de las variables estudiadas.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

---

#### 3.1 Diseño

El presente estudio es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo que ha permitido observar la prevalencia de las diferentes modalidades de lactancia y los factores que más influyen en el abandono de la lactancia materna.

#### 3.2 Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

#### 3.3 Población y muestra

El proyecto contó con la participación de 64 madres.

Criterios de inclusión: Las madres con hijos ingresados en el área de pediatría del HCUV.

Criterios de exclusión: las madres con hijos ingresados en otros hospitales diferentes al HCUV.

#### 3.4 Procedimiento e instrumentos de medida

La obtención de la información se basó en la cumplimentación de un cuestionario por parte de las mujeres que componen nuestra muestra durante el periodo de estudio de forma presencial.

#### 3.5 Variables del estudio

Las variables analizadas para este estudio han sido las siguientes:

- **Edad de los hijos:** Se ha contado la edad de los hijos en meses en el momento del ingreso hospitalario en el HCUV.
- **Edad de las madres:** Se ha contado la edad en años de las madres en el momento del parto.

- **Meses con lactancia materna:** Se ha determinado la duración en meses de lactancia materna que las madres ofrecieron a sus hijos.
- **Peso de los hijos:** Se ha contado el peso en kilogramos de los hijos en el momento del parto.
- **Modalidad de lactancia:** Se han asignado dos categorías iniciales, lactancia materna y lactancia artificial. Dentro de la lactancia materna se han asignado a su vez dos categorías más, lactancia materna exclusiva y lactancia mixta.
- **Elección de la lactancia artificial:** Se han fijado seis posibles categorías, cada una correspondiente a un motivo (hipogalactia / incapacidad para la lactancia por patología materna/ dificultad del bebe para cogerse al pecho...).
- **Ayuda con la lactancia:** Se han establecido dos variables (ninguna ayuda / ayuda obtenida en el centro sanitario).
- **Información previa sobre la lactancia:** Se ha optado por una variable dicotómica (si / no).
- **Decisión previa de modalidad de lactancia:** Se ha optado por una variable binaria (si / no).
- **Piel con piel:** Se ha optado por una variable dicotómica (si / no).
- **Primera toma tras el parto:** Se han asignado cinco categorías dependiendo del tiempo transcurrido en minutos (0 min / 15 min / 30 min / 60 min / 120 min).
- **Lugar de residencia:** Se han fijado dos categorías (medio rural / medio urbano).
- **Estado civil:** Se han descrito tres categorías (casada / pareja de hecho / soltera).
- **Situación laboral:** Se han asignado tres categorías, (estudiante / trabajadora / ni estudia ni trabaja).
- **Nacionalidad y grupo étnico:** Se han establecido tres categorías (española no gitana / española gitana / otras nacionalidades) y también se han reagrupado en dos categorías (española / extranjeras).

### 3.6 Análisis estadístico

Los datos recogidos se analizaron con Microsoft Excel y con el programa estadístico SPSS. En el análisis descriptivo las variables cuantitativas se analizaron mediante la media y la moda, y las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. En el análisis inferencial o contraste de hipótesis se compararon las diferentes variables estudiadas entre sí. A lo largo de todo el análisis estadístico se conservó un nivel límite de significación de probabilidad del 5%.

### 3.7 Cronograma de ejecución

Para una mejor organización, se ha realizado un cronograma donde se han repartido las actividades realizadas en el periodo de tiempo en el que se desarrolló el estudio.

**Tabla 1.** Cronograma del estudio.

TAREAS	Noviembre 2019	Diciembre 2019	Enero 2020	Febrero 2020	Marzo 2020	Abril 2020	Mayo 2020
Establecimiento del problema	x						
Búsqueda bibliográfica	x	x					
Diseño del proyecto		x	x				
Solicitud de permisos				x			
Selección de población, entrevistas y recogidas de datos				x	x		
Análisis de datos						x	
Redacción del informe definitivo, presentación, resultados y conclusiones						x	x

Fuente. Tabla de elaboración propia.

### **3.8 Recursos materiales y humanos**

Para la realización de este trabajo han sido necesarios los siguientes recursos de tipo material, humano y económico:

#### Recursos materiales

Algunos de los recursos materiales que hemos utilizado a lo largo de este proyecto han sido:

- Materiales inventariables y duraderos: un ordenador con acceso a la intranet de SACYL en la Unidad de Pediatría del HCUV con el programa informático Gacela-Care y otro ordenador e impresora de uso personal.
- Materiales perecederos o fungibles: folios, bolígrafos y grapadora.

#### Recursos humanos

Los recursos humanos de este proyecto han sido los siguientes:

- Persona encargada de pasar los cuestionarios y rellenarlos con la información aportada por los sujetos del estudio. Responsable de esta función: Lucía Díez Tejedor.
- Sujetos del estudio: las madres cuyos hijos fueron ingresados en el HCUV durante el periodo de estudio.
- Supervisores del proyecto: la tutora del presente Trabajo de Fin de Grado Sara Teresa Velasco Fernández- Mellado y el cotutor José Herreros Rodríguez.

#### Recursos económicos:

Los gastos económicos han ido dirigidos al transporte necesario hasta el lugar de realización del proyecto y el dinero empleado en la impresión de los cuestionarios. La financiación de los recursos ha sido propia por lo que no se han precisado fuentes de financiación externas.

### **3.9 Consideraciones ético-legales**

Se solicitó permiso al tribunal del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud Valladolid Este, obteniendo el informe favorable mediante el código PI 20-1637. También se obtuvo el informe favorable del Comité de Ética e investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid.

El presente proyecto dispone de la aprobación del Jefe de Servicio de Pediatría del HCUV, lugar en el que se desarrolló el proyecto. Además, se pasó un consentimiento informado a las madres para que firmaran sabiendo que su participación era totalmente voluntaria y anónima, garantizando su intimidad de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>19</sup>. La presente Ley Orgánica tiene por objeto garantizar y proteger las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

En el consentimiento informado que se pasó a las madres también se especificó la explicación y objetivo del estudio, y que los datos obtenidos serían confidenciales y no serían usados con otros fines, ya que se respetará la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>20</sup>.

## 4. RESULTADOS

---

Durante el periodo de estudio, se pudieron obtener un total de 64 encuestas válidas realizadas a las madres cuyos hijos se encontraban ingresados en la planta de pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

### 4.1 Análisis descriptivo de las variables cuantitativas

Este trabajo cuenta con el estudio de cuatro variables cuantitativas, las cuales son, la edad en meses de los hijos, edad en años de las madres, el número de meses con lactancia materna y finalmente el peso en kilogramos de los hijos en el momento del parto.

*Tabla 2. Análisis de las variables cuantitativas del estudio.*

	Edad hijos (meses)	Edad madres (años)	Nº de meses con LM	Peso de los hijos al nacer (kg)
Válidos	64	64	48	64
Perdidos	0	0	16	0
Media	32,45	30,84	9,40	3,10
Moda	1	35	6	3,30

*Fuente. Tabla de elaboración propia.*

**Edad de los hijos:** a través de los datos obtenidos se puede concluir una media de edad de 32 meses, sin embargo, la moda, que es el valor que más se repite es 1 mes. Esto se explica porque probablemente la mayoría de los niños ingresados en el área de pediatría del HCUV durante el periodo de estudio eran de esa edad.

**Edad de las madres:** la edad media de las madres a la hora del parto fue de 30,81 años redondeando, de 31 años. Respecto a la moda nos indica que 35 años es la edad más frecuente en nuestra muestra. En la muestra obtenida el rango de edad es amplio, siendo a la hora del parto, la madre más joven de 18 años y la más mayor de 45. Si dividimos al grupo de madres en españolas no gitanas, españolas gitanas y otras nacionalidades, las edades medias corresponderían a 32,70 años las españolas no gitanas, a 20,80 años las españolas gitanas y a 28,73 años otras nacionalidades.

**Número de meses con lactancia materna:** del total de la muestra solo fueron válidos 48 elementos ya que no todas las madres entrevistadas optaron por una

lactancia materna. Entre las que, si lo hicieron, el número de meses de media que duró la lactancia materna fue de 9,4. Esta variable presenta una moda muy marcada en los 6 meses, es decir, la mayor parte de las madres mantienen la lactancia hasta los 6 meses, aunque hay valores extremos ya que hay niños que mantienen la lactancia materna hasta los 42 meses (casi 4 años).

Las madres españolas no gitanas dan una media de 8 meses de lactancia materna, las madres españolas de etnia gitana una media de 12 meses y las madres de otras nacionalidades de 10 meses.

**Peso de los hijos al nacer:** respecto a esta variable la media se presenta en los 3,10 kg, siendo el peso más bajo de 1,40 kg y el más alto de 4,10 kg.

#### 4.2 Análisis descriptivo de las variables cualitativas

Este estudio cuenta a parte con el análisis de unas variables cualitativas, que son las siguientes

**Tabla 3.** Distribución de las madres en función de la modalidad de lactancia que decidieron.

Tipo de lactancia	Frecuencia	Porcentaje
L. Materna	48	75
L. Artificial	16	25
<b>Muestra</b>	64	100%
<b>Perdidos</b>	0	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

Del total de la muestra de 64 mujeres, 48 optaron por la lactancia materna y tan solo 16 por una modalidad de lactancia artificial.

**Tabla 4.** Distribución de las madres que decidieron lactancia materna en función de si fue exclusiva o mixta.

Tipo de lactancia	Frecuencia	Porcentaje
L. Materna exclusiva	25	52,1
L. Mixta	23	47,9
<b>Muestra</b>	48	100%
<b>Perdidos</b>	16	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

Dentro de la muestra de mujeres que optaron por una lactancia materna, esta queda distribuida prácticamente a la mitad entre aquellas que dieron una lactancia materna exclusiva y las que se decidieron por una lactancia mixta.

**Tabla 5.** Dentro de las mujeres que decidieron una lactancia artificial, distribución de estas según el motivo por el que no decidieron esa modalidad.

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Hipogalactia	7	43,8
Incapacidad para la lactancia por patología materna	4	25
Dificultad del bebe para cogerse al pecho	2	12,5
Escasa ganancia de peso del niño	1	6,3
Experiencia negativa en una lactancia anterior	1	6,3
Decisión materna	1	6,3
<b>Muestra</b>	16	100%
<b>Perdidos</b>	48	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

La muestra de mujeres que optaron por una lactancia artificial es muy reducida, de tan solo 16 mujeres y los motivos que refirieron con más frecuencia fue la hipogalactia en primer lugar y en segundo lugar la incapacidad para la lactancia por patología materna, este grupo engloba ingresos maternos, cáncer de mama, morfología del pezón (pezón invertido) y dolor de senos durante las tomas.

**Tabla 6.** Distribución de las madres en función de la posible ayuda que precisaron con su lactancia materna al alta hospitalaria.

Ayuda con la LM	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	41	85,4
Centro sanitario	7	14,6
<b>Muestra</b>	48	100%
<b>Perdidos</b>	16	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

Respecto a la necesidad de ayuda para alcanzar una lactancia materna eficaz, el 85,4% de la muestra refirió no haber necesitado ningún tipo de ayuda mientras que el 14,6% restante si refirió ayuda, obteniéndola en su centro sanitario de referencia.

**Tabla 7.** Distribución de las madres según el nivel de información sobre la lactancia materna ofrecido durante el embarazo.

Información sobre LM	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	78,1
No	14	21,9
<b>Muestra</b>	64	100%
<b>Perdidos</b>	0	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

El número de mujeres que refirió haber recibido información sobre la lactancia desde sus Centros de Salud correspondientes, es de 50, número muy elevado respecto al de mujeres que no recibió ningún tipo de información, que es de 14.

**Tabla 8.** Distribución de las madres en función de si habían decidido previamente una modalidad de lactancia.

¿Decisión previa?	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	100
No	0	0
<b>Muestra</b>	64	100%
<b>Perdidos</b>	0	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

El 100% de las madres tiene clara la decisión sobre la modalidad de lactancia antes del parto, ya sea lactancia materna, mixta u artificial.

**Tabla 9.** Distribución de las madres en función de si realizaron piel con piel en paritorio.

¿Piel con piel?	Frecuencia	Porcentaje
Si	64	100
No	0	0
<b>Muestra</b>	64	100%
<b>Perdidos</b>	0	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

El 100% de las madres refirió haber realizado esta práctica en el paritorio.

**Tabla 10.** Distribución de las madres según el tiempo transcurrido tras el parto hasta la primera vez que el recién nacido cogió el pecho.

Tiempo transcurrido	Frecuencia	Porcentaje
0 minutos	4	6,3
15 minutos	42	65,6
30 minutos	14	21,9
60 minutos	2	3,1
120 minutos	2	3,1
<b>Total</b>	64	100%
<b>Perdidos</b>	0	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

El 65,6% de las madres ponen al pecho al niño a los 15 minutos del parto, seguido de un 21,9% que lo hace a los 30 minutos.

**Tabla 11.** Distribución de las madres según el lugar de residencia durante la lactancia.

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Medio rural	34	53,1
Medio urbano	30	46,9
<b>Muestra</b>	64	100%
<b>Perdidos</b>	0	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

La muestra de las mujeres entrevistadas es muy equitativa en relación con esta variable, el 53,1% tienen su residencia en medio rural y el 46,9% restante la tiene en un medio urbano.

**Tabla 12.** Distribución de las madres según su estado civil durante la lactancia.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	42	65,6
Pareja de hecho	20	31,3
Sin pareja	2	3,1
<b>Muestra</b>	64	100%
<b>Perdidos</b>	0	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

Respecto al estado civil, la muestra de mujeres casadas predomina con un 65,6%, seguidas de un 31,3% correspondiente a mujeres con pareja de hecho y por último un 3,1% de mujeres sin pareja.

**Tabla 13.** Distribución de las madres según su situación laboral durante la lactancia.

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	29	45,3
Estudia	0	0
Ni trabaja ni estudia	35	54,7
<b>Muestra</b>	64	100%
<b>Perdidos</b>	0	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

Respecto a la situación laboral, la muestra está distribuida de la siguiente manera, las mujeres que ni trabajan ni estudia representan el 54,7% y las que trabajan el 45,3%. Siendo 0 la muestra de madres estudiantes.

**Tabla 14.** Distribución de las madres según su nacionalidad y grupo étnico.

Nacionalidad y grupo étnico	Frecuencia	Porcentaje
Española no gitana	44	68,8
Española gitana	5	7,8
Otras nacionalidades	15	23,4
<b>Muestra</b>	64	100%
<b>Perdidos</b>	0	
<b>Total</b>	64	

Fuente. Tabla de elaboración propia.

El porcentaje más alto en nuestra muestra es de mujeres españolas de etnia no gitana, siendo el segundo grupo más alto el de otras nacionalidades, que engloba las siguientes: india, rumana, brasileña, musulmana, dominicana y búlgara, seguido del de madres españolas de etnia gitana. También podemos dividirlo en dos grupos, el de madres españolas (76,6%) y el de madres extranjeras (23,4%).

### 4.3 Análisis inferencial

En un análisis inferencial se contrastan y relacionan las variables para ver si existe una relación significativa entre ellas o por el contrario no hay relación

alguna. Para saber si hay relación entre variables el grado de significación entre ellas debe ser inferior a 0,05.

### Relación entre lactancia materna y estado civil

Para ver la relación entre estas dos variables se realiza la prueba de chi cuadrado.

**Tabla 15.** Relación entre lactancia materna y estado civil.

	Valor	gl	Sig. asintótica
<b>Chi- cuadrado de Pearson</b>	6,489 <sup>a</sup>	2	,039
<b>Razón de verosimilitudes</b>	6,606	2	,037
<b>Asociación lineal por lineal</b>	2,487	1	,115
<b>Nº de casos válidos</b>	64		

Fuente. Tabla de elaboración propia.

A la hora de relacionar la lactancia materna y el estado civil se utilizó la prueba de chi cuadrado obteniéndose un grado de significación menor a 0,05.

### Relación de la edad de la madre con la nacionalidad y grupo étnico

Para ver la relación entre la edad de la madre y su nacionalidad o grupo étnico se realiza un análisis de la varianza (ANOVA) para ver cómo influye una variable cuantitativa como es la edad de la madre con una variable cualitativa como es en este caso la nacionalidad.

**Tabla 16.** Relación de la edad de la madre con la nacionalidad y grupo étnico.

	Suma de los cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significación estadística (p)
<b>Inter -grupos</b>	723,545	2	361,773	11,695	,000
<b>Intra - grupos</b>	1886,892	61	30,933		
<b>Total</b>	2610,438	63			

Fuente. Tabla de elaboración propia.

Los resultados obtenidos con esta prueba son estadísticamente significativos ya que el grado de correlación es menor a 0,05.

Respecto al análisis inferencial del resto de variables no se ha encontrado significación estadística, por ejemplo, al observar la relación entre dar lactancia o no y la información ofrecida previamente en el centro de salud se observa un grado de significación mayor a 0,05 y de esta manera ocurre con el resto de las asociaciones entre variables.

## **5. DISCUSIÓN**

---

### **5.1 Análisis descriptivo**

#### **Edad de los hijos**

La media de edad de los hijos es de 32 meses, pero la moda dice que el valor que con mayor frecuencia se repite en nuestra muestra es 1 mes, esto quiere decir que la mayoría de los niños ingresados durante las fechas de duración del estudio corresponden a esa edad.

#### **Edad de las madres**

Respecto a la edad de las madres de nuestra muestra podemos observar una población con un amplio margen de edad ya que va desde los 18 años hasta los 45 años. La edad media de las madres en el momento del parto fue de casi 31 años y las edades más frecuentes se encuentran en torno a los 35 años.

#### **Duración de la lactancia materna**

En relación con el número de meses con lactancia materna se puede decir que esta variable presenta una distribución un poco asimétrica, pero con una moda muy marcada en los 6 meses. Es decir, la mayor parte de las madres mantienen la lactancia hasta los 6 meses, aunque hay valores muy extremos en nuestra muestra, y esto puede deberse a que muchas de las madres aseguran haber mantenido la lactancia materna por varios meses, incluso años, aunque por otro lado hay mujeres que solo han mantenido la lactancia por 1 mes. Anteriormente hemos mencionado que una gran parte de los hijos de la muestra son de esta edad y por ello solo han recibido un 1 mes de lactancia materna pudiendo ser la intención de sus madres prolongarlo en el tiempo.

#### **Peso de hijos en el momento del parto**

Respecto al peso de los hijos en el momento del parto se ajustan a cifras dentro de la normalidad con una media de 3,10 kg y en general con cifras cercanas al

peso medio. Hay excepciones como ciertos recién nacidos con pesos inferiores a los 2,00 kg, pero estos corresponden a partos gemelares y a partos prematuros.

### **Modalidad de lactancia**

Según el estudio el 75% de las madres optan por una lactancia materna, mientras que solo el 25% de ellas optan por las fórmulas adaptadas. Dentro del grupo de madres que ofrecen una lactancia materna a sus hijos, el 52,1% optan por una lactancia materna exclusiva y el 47,9% restante por una lactancia mixta. Como hemos mencionado en la introducción la OMS publicó en agosto de 2017 que a nivel mundial el 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva<sup>6</sup> siendo un porcentaje muy parejo al obtenido en nuestro estudio.

Otro estudio realizado en el área IV de Asturias<sup>8</sup>, que mencionamos con anterioridad determinó que la edad media de las madres de su muestra era de 33,83 años, cifra muy similar a la obtenida en nuestro estudio que fue de 30,84 años y las cifras que el estudio asturiano obtuvo sobre decisión previa de modalidad de lactancia fueron las siguientes, un 84,2% decidió lactancia materna y un 12,3% decidió lactancia artificial. Cifras muy similares a las obtenidas en nuestro estudio, un 75% y un 25% respectivamente.

### **Motivos para optar por una lactancia artificial**

En nuestro estudio los motivos más frecuentes por los cuales se optó por una lactancia artificial o que determinaron el abandono temprano de la lactancia materna fueron los siguientes: la hipogalactia en un 43,8%, seguida de la incapacidad para la lactancia por patología materna en un 25% y por último la dificultad del bebé para coger el pecho en un 12,5%. De las 16 mujeres que decidieron una lactancia artificial solo una se decantó por propia decisión y otra mujer por haber sufrido una mala experiencia en una lactancia previa. Esta información obtenida da a entender que la mayoría de las mujeres abandonaron la lactancia materna debido a problemas orgánicos no porque no hubieran decidido no hacerlo.

### **Ayuda con la lactancia e información recibida en sus centros sanitarios**

La mayoría de las madres refieren no haber recibido o precisado ayuda con su lactancia y las pocas que si la precisaron fue obtenida en su centro sanitario de referencia. Respecto al ofrecimiento de información sobre la lactancia materna y sus beneficios el 78,1% de las mujeres de nuestra muestra si la obtuvo. Esto nos indica que la mayoría de las madres no siente que haya tenido ayuda para la lactancia y las que lo tuvieron se hizo desde el centro sanitario. Las madres no identifican la información previa desde el centro de salud como ayuda para la lactancia. Sería interesante orientar la información sobre la lactancia a la ayuda de esta y no a los beneficios y ampliar los talleres y charlas a después del parto y no solo durante el embarazo para que las madres ya lactantes puedan exponer sus dudas y dificultades que puedan estar experimentando.

### **Decisión previa de modalidad de lactancia**

El 100% de las madres tiene clara la decisión sobre la lactancia antes del parto. De esta manera se refuerza la idea de antes, no se trata de convencer a las madres, ya están convencidas, se trata de ayudar a las que no pueden o a las que presentan dificultades con su lactancia.

### **Piel con piel e inicio temprano de la lactancia materna dentro de las dos primeras horas después del parto**

Como se mencionó anteriormente en la introducción de este trabajo, el comité de lactancia de la AEP dice que el mejor momento para el inicio de la lactancia es dentro de las dos primeras horas<sup>17</sup>. De las mujeres de nuestra muestra solo 4 de ellas no tuvieron un inicio precoz, mientras que las 60 restantes si lo tuvieron. De este último grupo 42 de ellas realizó este inicio a los 15 minutos del parto. Podemos deducir que en el HCUV la práctica del “piel con piel” está bien interiorizada por parte de los profesionales de salud y de las madres, a su vez que el fomento del inicio precoz de la lactancia. Las pocas mujeres que no iniciaron la lactancia dentro de las dos primeras horas fue por motivos tales como ingreso materno, ingreso del hijo por prematuridad o ciertas patologías maternas que impiden la lactancia como una mastectomía a causa de un cáncer de mama.

## **Estado civil**

Respecto al estado civil en nuestra muestra predominan las mujeres casadas, seguidas de aquellas que poseen parejas de hecho, siendo muy escasa la muestra de madres solteras, de tan solo 2 mujeres. De esta manera podemos observar que en nuestro medio son excepcionales las familias monoparentales.

## **Situación laboral**

No existen en nuestro estudio las madres estudiantes. Un 45,3% de las madres trabaja y un 54,7% ni trabaja ni estudia. Con los datos obtenidos a partir de esta variable podemos deducir que las mujeres no deciden ser madres hasta que no finalizan la edad de formación y comienzan la vida laboral, lo que probablemente suponga un aumento en la edad media de esas madres.

Las estrategias para conseguir madres más jóvenes deberían ir dirigidas sobre todo a la población con elevado nivel de estudios, o tendrían que dirigirse a la compatibilización de la vida formativa y la familiar.

## **Nacionalidad y grupo étnico**

Respecto a la nacionalidad podemos decir que el 76,6% de las mujeres de la muestra son españolas y el 23,4% restante extranjeras.

Se observa que 1 de cada 3 madres no son españolas, lo que es indicativo de la multiculturalidad y globalización que existe hoy en día en nuestro medio.

## **5.2 Análisis inferencial**

### **Relación entre lactancia materna y estado civil.**

Como hemos visto en el apartado de resultados correspondiente a este apartado, el grado de significación fue menor a 0,05, por ello, vemos que las madres casadas y las madres solteras, tienen una tendencia mayor a la lactancia materna que las madres con pareja de hecho.

### **Relación de la edad de la madre con la nacionalidad y grupo étnico.**

En este caso las diferencias entre las medias de los diferentes grupos sí que son estadísticamente significativas. Se observa que las madres de etnia gitana tienen hijos a edades mucho más tempranas que las madres españolas y las madres de otras nacionalidades. 20,80 años de media frente a 32,70 y 28,73 años respectivamente.

### **Comparación del número de meses que las madres dan lactancia con los distintas nacionalidades y grupos étnicos.**

Si comparamos madres españolas gitanas con madres españolas no gitanas hay una diferencia clara en el tiempo que se da el pecho a favor de las primeras, 12 meses de media frente a 8, pero las diferencias no son estadísticamente significativas por ser muy pequeña la muestra de madres gitanas que contestan a la encuesta sobre el tiempo que dan lactancia materna.

Se puede decir que hay una tendencia a que el tiempo de lactancia en madres españolas de etnia gitana es más largo, pero sería necesaria una muestra más amplia para verificarlo.

Comparando madres españolas de etnia no gitana con otras nacionalidades y éstas con españolas de etnia gitana: El tiempo medio de las de las madres de otras nacionalidades está en 10 meses, pero la diferencia con las españolas o las de las otras nacionalidades no es significativa.

## **5.3 Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación**

### Fortalezas

Como fortalezas del proyecto se encuentra la amplia información que se puede encontrar del tema y que dicha información proviene de fuentes de información fiables y contrastadas como pueden ser la OMS, la AAP y la AEP.

### Limitaciones

Con relación a las limitaciones, la principal limitación del trabajo ha sido la escasa recogida de información durante el mes de marzo de 2020 debido a la crisis epidemiológica actual.

### Futuras líneas de investigación

Para llevar a cabo una mejora en las tasas de prevalencia de la lactancia materna, se deberían seguir realizando talleres y charlas en los centros de Atención Primaria (AP) sobre la misma, para sensibilizar respecto al tema a las futuras madres. Posteriormente se deberían llevar a cabo sesiones dirigidas a las madres durante la lactancia para identificar los problemas que puedan estar desarrollando y ofrecerles las posibles soluciones.

Como futuras líneas de investigación se podría seguir investigando respecto a los factores de abandono de la lactancia materna y se recomienda llevar a cabo un estudio con una muestra más amplia, donde se pueda establecer si existen otros factores asociados, además de los estudiados en el presente proyecto.

## **6. CONCLUSIONES**

---

- Tres de cada cuatro madres optan por una lactancia materna y de éstas la mitad deciden una lactancia materna exclusiva, en su mayoría hasta los seis meses.
- La mayoría de las madres que deciden la modalidad de lactancia artificial es debido a tener problemas con la instauración de la lactancia materna, principalmente por hipogalactia.
- Son excepcionales las familias monoparentales en nuestro medio. La mayoría de las madres que deciden sobre la lactancia lo hacen en el contexto de la pareja.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

---

1. Barriuso L, De Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30(3):383-391.
2. Macías SM, Rodríguez S, Ronayne de Ferrer PA. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. *Arch Argent Pediatr*. 2006; 104(5):423-430.
3. Moran Rodríguez M, Naveiro Rilo JC, Blanco Fernández E, Cabañeros Arias I, Rodríguez Fernández M, Peral Casado A. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr Hosp*. 2009; 24(2):213-217.
4. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr (Barc)*. 2018; 89(1):32-43.
5. Asociación Española de Pediatría materna [Internet]. Recomendaciones sobre lactancia; 2020 [citado 14 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 10 datos sobre la lactancia materna; 2020 [citado 8 May 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
7. Organización Mundial de la Salud. Indicators for assessing infant and Young child feeding practices. Part 1. Definitions. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
8. Del Mazo Tomé PL, Suárez Rodríguez M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2018;75.
9. García-Onieva Artazcoz M. Lactancia artificial: técnica, indicaciones, fórmulas especiales. *Pediatr Integral*. 2007; 11(4):318-326.
10. Tipos de leche materna y sus beneficios | Cinco Noticias [Internet]. Cinco Noticias. 2020 [citado 14 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.cinconoticias.com/tipos-de-leche-materna-y-beneficios-de-cada-una/>
11. Mena N. Patricia, Milad A. Marcela. Variaciones en la composición nutricional de la leche materna. Algunos aspectos de importancia clínica. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 1998 [citado 14 Ene 2020]; 69(3):116-121. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061998000300007>
12. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chile Pediatr*. 2017; 88(1):7-14.
13. Día Gómez NM, Ruzafa Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública*. 2016; 90:1-18.
14. Cuando recurrir a la leche de fórmula: ventajas de la lactancia artificial | Consejos Suavinex [Internet]. Suavinex.com. 2020 [citado 14 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.suavinex.com/consejos/para-padres/cuando-recurrir-a-la-leche-de-formula.html>

15. Hernández Aguilar MT, Maldonado JA. 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(4):340-356.
16. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. 2015; 29(1):4-9.
17. Comité de lactancia materna de la AEP. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP nº 5. Madrid: Ergón; 2004.
18. Laviña Castan AB. Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. 2014; 11(2):115-125.
19. España. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, 13 de diciembre de 1999, núm 298, pp 23750 [citado 21 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-23750-consolidado.pdf>
20. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 14 de noviembre de 2002, núm 274, pp 22188 [citado 21 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

### **Anexo I: Cuestionario de lactancia**

La siguiente encuesta está elaborada por la Comisión de Lactancia Materna del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, para disponer de datos acerca de la instauración de la lactancia en las madres de los pacientes ingresados en el Servicio de Pediatría.

La encuesta es completamente anónima y su realización es voluntaria. Los datos generados de la misma serán utilizados para la realización de guías y recomendaciones generales para las nuevas madres de nuestra área sanitaria.

La Comisión de Lactancia Materna y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid agradecen su colaboración para la mejora de la asistencia sanitaria.

El cuestionario será realizado con la colaboración de la estudiante del grado de enfermería Lucía Díez Tejedor, como parte de su Trabajo de Fin de Grado. Su misión es ayudarlo en la realización de esta y en la recogida de datos, y evitar en lo posible los sesgos provocados por la variabilidad en la interpretación de las preguntas de las personas encuestadas.

#### 1. Datos generales:

**Edad hijo/a:** \_\_\_\_ meses.

**Edad madre momento del parto:** \_\_\_\_ años.

**Al nacer su hijo/a ¿Le dio el pecho?**

- Sí
- No

#### 2. Sí le dio pecho al nacer

**Hasta que meses del niño/a le dio pecho:** \_\_\_\_ meses.

**Durante el tiempo en que le daba el pecho, ¿le daba también algún biberón de leche artificial?**

No

Si

Desde que nació \_\_\_\_\_

A partir de \_\_\_\_\_ meses

**Obtuvo ayuda si tenía problemas con la lactancia de su bebe tras el alta hospitalaria ¿Dónde?**

Ninguna

Ayuda en el centro sanitario

Profesionales de salud

Consultores de lactancia

Grupos de apoyo

Otros (especificar) \_\_\_\_\_

3. Sí no le dio pecho al nacer:

**¿Por qué razón decidió dar lactancia artificial?**

Hipogalactia

Dificultad del bebé para cogerse al pecho

Escasa ganancia de peso del niño

Experiencia negativa en una lactancia anterior

Cuestiones laborales por parte de la madre

Ingresos del niño

Problemas de salud de la madre (especificar) \_\_\_\_\_

Otros (especificar) \_\_\_\_\_

4. Factores relativos al embarazo / parto

**¿Le dieron información durante el embarazo sobre lactancia materna?**

- Si
- No

**¿Había decidido ya antes del parto acerca de la modalidad de lactancia?**

- Si
- No

**¿Se realizó piel con piel tras el parto?**

- Si
- No

**Tiempo transcurrido tras el parto hasta la primera toma:**

- 0 minutos
- 15 minutos
- 30 minutos
- 60 minutos
- 120 minutos

**¿Recuerda el peso de su hijo recién nacido? \_\_\_\_\_ kg.**

5. Factores sociológicos de la madre

**Lugar de residencia durante la lactancia del niño:**

- Medio rural
- Medio urbano

**Estado civil de la madre:**

- Casada
- Pareja de hecho
- Sin pareja

**Situación laboral de la madre:**

- Trabaja. A partir de los \_\_\_\_\_ meses del parto
- Estudia
- No trabaja ni estudia

**Nacionalidad y grupo étnico**

- Española no gitana
- Española gitana
- Otra nacionalidad. Especificar: \_\_\_\_\_