



## ORIGINALES

### Prevalencia y duración de la lactancia materna en el área rural. Factores sanitarios y socioculturales asociados

María Moreno Rubio<sup>1</sup>, Alicia Martí Tortosa<sup>2</sup>, Carolina Ruiz Cáceres<sup>3</sup>, Estrella Clemente Hermosilla<sup>4</sup>, Amparo Pérez Rubicos<sup>3</sup>, Gloria Rabanaque Mallen<sup>6</sup>.

1. Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Centro Sanitario Integral Alto Palancia, Segorbe (Castellón)
2. Enfermera Pediátrica. Centro Sanitario Integral Alto Palancia, Segorbe (Castellón)
3. Matrona. Centro Sanitario Integral Alto Palancia, Segorbe (Castellón)
4. Pediatra. Centro Sanitario Integral Alto Palancia, Segorbe (Castellón)
5. Médica de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Sanitario Integral Alto Palancia, Segorbe (Castellón)

Correspondencia: María Moreno Rubio, [morenorubio5@gmail.com](mailto:morenorubio5@gmail.com)

Citar como: Moreno Rubio M, Martí Tortosa A, Ruiz Cáceres C, Clemente Hermosilla E, Pérez Rubicos A, Rabanaque Mallen G. *Prevalencia y duración de la lactancia materna en el área rural. Factores sanitarios y socioculturales asociados*. fml. 2021; 26 (2): 16p

**Objetivos:** determinar la prevalencia al inicio y a los seis meses de la Lactancia Materna Exclusiva (LME), Lactancia Artificial (LA) y lactancia mixta, y el grado de asociación de determinadas variables socio-culturales, demográficas y sanitarias con el inicio y la duración de la lactancia. **Diseño e intervención:** estudio observacional de cohortes retrospectivo, cuantitativo y multicéntrico basado en una encuesta ad hoc. **Población de estudio:** muestra formada por 230 mujeres (90% de la población a estudio) pertenecientes a la comarca rural del Alto Palancia que hayan tenido descendencia los 2 años previos a la recogida de datos, excluyendo a las que no fueron atendidas en el departamento de salud y las que declinaron participar. **Evaluación:** se calcularon datos de prevalencias y análisis de regresión múltiple y de Poisson obteniendo valores de RR y OR para determinar el grado de asociación. **Resultados:** El 69% de la muestra inician LME, y el 41,7% la mantiene hasta los seis meses. El 25% de las madres que no inician LME y el 30% de los abandonos se producen por cuestiones laborales. Entre las variables relacionadas con mayor prevalencia y duración de LME encontramos la religión musulmana y ortodoxa (OR 5.01 y RR 1.57 respectivamente) y no administrar Suplemento Alimenticio Artificial Hospitalario (SAAH) (OR 14.55 y RR2.79 respectivamente). **Conclusiones:** Este estudio evidencia que la prevalencia de LME no alcanza los objetivos de la OMS, pero la asociación con las variables estudiadas aporta una perspectiva asistencial y comunitaria a los datos previos sobre lactancia, que podría ayudar a implementar medidas para acercarnos a dichos objetivos. **Palabras clave:** Lactancia Materna, Atención Primaria de Salud, Medio Rural, Salud de la Mujer.

## **Datos de interés**

La lactancia materna conlleva importantes beneficios para la salud de la madre y del bebé. El objetivo planteado por la OMS y UNICEF para 2025 es aumentar la tasa de lactancia al 50% los 6 primeros meses. Su abandono precoz se ha relacionado con problemas en la técnica y factores clínicos mayoritariamente.

Este estudio analiza factores socio-culturales y relacionados con la práctica clínica, no estudiados previamente, que se relacionan con menores tasas y duración de lactancia materna. Además aporta información sobre la práctica asistencial y los factores relacionados con la lactancia que puede ayudar a implementar medidas para mejorar las tasas de lactancia.

## **Introducción**

Existe evidencia de los beneficios que lactancia materna exclusiva (LME) conlleva para el bebé y la madre<sup>1,2</sup>. Las organizaciones para la salud materno-infantil recomiendan LME los 6 primeros meses de vida y entre los objetivos para 2025 plantean que al menos el 50% de los lactantes reciban LME durante 6 meses<sup>3,4</sup>. Se ha estimado que la universalización de esta práctica podría evitar la muerte de 823.000 niños y 20.000 madres, así como un ahorro de 300.000 millones de dólares en EEUU<sup>5</sup>.

Los últimos estudios realizados en España revelan tasas de LME en torno al 25% a los 6 meses de vida<sup>6-8</sup>, situándose en la Comunidad Valenciana en un 46.7% a los 3 meses<sup>9</sup>. Las tasas de prevalencia publicadas pueden evidenciar un problema de salud pública y asistencial susceptible de análisis para alcanzar los objetivos planteados.

La literatura consultada se centra en las tasas de prevalencia y en las causas relacionadas con el abandono precoz desde un punto de vista mayoritariamente clínico<sup>10,11</sup>. Si bien es cierto que son muchos los estudios que apuntan a una relación de la lactancia con variables culturales y político-económicas, hay pocos que lo hayan analizado<sup>12</sup>. Se ha descrito la importancia de la educación sobre lactancia a las madres, así como el apoyo a la misma en su red social, aunque es necesaria más evidencia que determine las causas, que influyen en las bajas tasas de LME en nuestra sociedad<sup>13</sup>.

No existen referencias de LME en el Alto Palancia y las publicaciones contextualizadas en el medio rural son escasas, por lo que los objetivos de este estudio son determinar la prevalencia al inicio y a los seis meses de LME, las prevalencias de lactancia mixta y LA, y el grado de asociación de variables socio-económicas, culturales, demográficas y sanitarias con el inicio y la duración de la lactancia<sup>7,8</sup>.

## **Material y métodos**

Estudio observacional de cohortes retrospectivo, cuantitativo y multicéntrico, basado en una encuesta ad hoc, desarrollado en el ámbito de la Atención Primaria, en el medio rural. Incluye las 3 zonas básicas de salud (Segorbe, Soneja y Viver) del Alto Palancia. Los criterios de inclusión, basados en estudios previos<sup>8,10</sup>, son mujeres censadas en las tres zonas básicas de salud que hayan tenido un hijo vivo en los 2 años previos al inicio de la recogida de datos (abril 2019) y den su consentimiento de participación. Los criterios de exclusión son aquellas mujeres que no hayan parido en el Hospital de referencia o no hayan acudido a

pediatría o matrona de referencia y las que declinan su participación.

Se seleccionaron por muestreo intencional y razonado, y se captaron en las consultas de enfermería pediátrica y telefónicamente.

El cuestionario se elaboró en base a los de autores previos<sup>6</sup>, modificándolo de forma consensuada con pediatras, matronas, enfermeras y Médicas de familia con las variables a estudio, resultando un total de 37 preguntas (Apéndice). Previamente a su diseño definitivo se pasó una encuesta piloto por 4 investigadoras a 10 mujeres.

Las variables dependientes son el tipo de lactancia (definiendo que LME supone exclusivamente lactancia materna, Mixta se define como la compaginación de la materna y de fórmula, y Artificial como la alimentación exclusiva de fórmula) y la duración de la LME en días. Las variables independientes son: sociodemográficas (edad, procedencia, tiempo estancia en España, tipo de familia), socioeconómicas (nivel de estudios, profesión, situación laboral, religión, vulnerabilidad social y riesgo de pobreza), tipo de gestación, tipo de parto, asistencia a preparación al parto y a taller de lactancia, a controles del niño sano, contacto piel-piel, inicio precoz de lactancia, número de hijo, fuente principal de información, motivo para iniciar y abandonar LME, motivo para iniciar LA, momento de decisión del tipo de lactancia, patologías del bebé o madre y consumo de tóxicos. El tiempo de recogida de datos fue de 6 meses, comprendido desde abril 2019 hasta octubre 2019. Las encuestas se clasificaron con un número de identificación para mantener la confidencialidad de las mujeres, según los principios éticos establecidos,

contando con la aprobación del Comité de Ética en Investigación Clínica del hospital de referencia.

Los datos se volcaron en el programa estadístico SPSS (v25). Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las categorías cualitativas y la media y desviación estándar para variables continuas. El análisis bivalente se realizó para categorías de variables cualitativas con la prueba de Chi-cuadrado y la comparación de la duración de LME según categorías de las variables cualitativas utilizando el test de Mann-Withney y el de Kruskal-Wallis. Estos test se emplearon como alternativa al test T-Student y ANOVA, al no verificarse sus condiciones de aplicabilidad.

Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para evaluar la relación entre la LME y las características sociodemográficas, socioeconómicas y sanitarias. Y un análisis de regresión de Poisson para estudiar la relación entre la duración en días de la LME y dichas características. Los modelos fueron construidos siguiendo un procedimiento de selección de variables backward en base a la significatividad estadística de las variables. Los Intervalos de Confianza se calcularon para un nivel de confianza del 95%.

## **Resultados**

Participaron 230 madres, lo que supone un 90,1% de la población a estudio, un 2,17% declinó su participación. El 76% de la muestra son mujeres de entre 31-40 años, un 90,8% con nivel de estudios medio-alto, 84% españolas, 66,1% activas laboralmente, y el 58,7% cristianas (Tabla 1 - Anexo I).

La prevalencia de LME al inicio es de 69,2% (157) y a los 6 meses es de 41,7% (96), con una duración media de  $141 \pm 55,9$  días (IC 95%; rango: 1-180). La prevalencia de lactancia mixta es de 13,7% (31) y 17,2% (39) de LA (Figura 1 - Anexo I). El 93,9% (155) afirma que eligió LME por convicción del beneficio.

De entre los motivos para la elección de LA destacan el laboral 25,6% (10), consejo del entorno 23,1% (9) y comodidad del biberón 20,5% (8). En la tabla 2 (Anexo I) se exponen los principales motivos de abandono de la LME.

El 69,4% (159) de las encuestadas inició precozmente la lactancia materna, el 86,5% (198) realizaron contacto piel-con-piel al nacimiento y al 41,4% (94) se le administró SAAH. El 20% (46) de los nacimientos son por cesárea. El 45% (101) de las madres reconocen que no se les prestó asistencia perinatal para la lactancia. El 57,8% (133) acudió al taller de preparación al parto y el 41,7% (96) al taller de lactancia. El 78,6% (177) reconocen que la principal fuente de información sobre la lactancia es la matrona, las otras fuentes suelen ser amigos o familia 6,7% (15), la/el pediatra 5,3% (12), libros o internet 4,4% (10). El 50,7% (115) de la muestra lo representa madres primerizas. De las no primerizas el 72,5% (87) reconoce que la experiencia del primer hijo le ayudó a decidirse por LME con el segundo, aunque no se observan diferencias en la tasa de LME ni en la duración entre las madres primerizas y las que no lo son ( $p=0.9$  y  $0.7$  respectivamente).

Aproximadamente la mitad de las mujeres, 48,7% (112) reconoce sentir presiones externas que han dificultado su libre elección sobre el tipo de lactancia iniciada. El 55,7% (128) decide el

tipo de lactancia antes del parto. El 83,7% (192) niega consumo de tóxicos durante embarazo y lactancia. El 95,5% (213) de las encuestadas reconoce ser conocedora de la recomendación de la OMS y UNICEF con respecto a la duración de la LME.

En las tablas 3 y 4 (Anexo I) se resumen las variables relacionadas con el inicio y la duración de la LME y su grado de relación según OR o RR.

La religión Musulmana y la Ortodoxa se asocian con mayor duración de la LME de  $180$  y  $174 \pm 13,4$  días de media frente a  $131 \pm 62,7$  y  $143 \pm 53,6$  de la Cristiana y de las que se definen Ateas o agnósticas respectivamente. Se observa que el 100% (6) de las mujeres musulmanas dan LME y la mantienen una media de  $180 \pm 0$  días. La asistencia a preparación al parto y al taller de lactancia se relacionan con mayores tasas de LME ( $p=0.02$  y  $0.05$  respectivamente).

El inicio precoz de lactancia materna también se asocia con mayor prevalencia de LME, siendo del 80,1% (125), frente al 44,3% de las que no iniciaron precozmente la lactancia. El parto vaginal se asocia con una mayor prevalencia de LME 72,9% (132) que la cesárea 54,3% ( $p=0.02$ ), así como con una mayor duración de la misma,  $147 \pm 52$  días frente a  $111 \pm 64$  días ( $p=0.03$ ). Se observan diferencias estadísticamente significativas entre la administración de SAAH y la tasa de LME (38,3%) y también en la duración ( $112 \pm 63$  días), siendo más altas en los casos en los que no se administra, alcanzando el 91,5% y  $151 \pm 46$  días, respectivamente (Figura 2 - Anexo I).

La decisión del tipo de lactancia antes del parto también se relaciona con mayor tasa de LME

78,6% (99) frente al 36,4% (8) de las que lo deciden después del parto ( $p=0.00$ ), y una duración significativamente mayor  $145\pm 52$  días de media frente a  $72\pm 62$  de las que lo deciden después del embarazo ( $p=0.00$ ).

El contacto piel-con-piel y la ausencia de patología obstétrica parecen relacionarse con mayores tasas de inicio de LME, aunque no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el análisis de regresión ( $p=0.055$  y  $0.06$  respectivamente).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad, el nivel de estudios, situación laboral, las variables económicas, el número de hijo, y consumo de tóxicos.

Se observa una menor duración de la LM en el grupo que recibe prestaciones sociales, aunque sin obtener diferencias estadísticamente significativas.

## Discusión

La muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres de entre 31 a 40 años, españolas pertenecientes a una zona rural de interior, con un alto porcentaje de estudios secundarios o universitarios (90%) y en situación laboral activa.

La prevalencia de LME al inicio es de 69,2%, similar a otras series españolas, aunque inferior a la de la cohorte de Guipúzcoa, que se sitúa en el 84,8% al alta hospitalaria y 53,7% a los 4 meses<sup>6,9,10</sup>. Este dato puede ser explicado por la acreditación por el plan IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y lactancia) del Hospital de Zumárraga. La tasa de LME a los 6 meses alcanza el 41,7%, superior a los datos de series previas españolas<sup>8-10</sup>, y

aunque sigue estando por debajo de los objetivos propuestos por la OMS, podría ser un dato relevante y distintivo del ámbito rural, como apunta Cabedo<sup>14</sup>.

El 25% de las mujeres que inician lactancia artificial, lo hace por motivos laborales y el 30,4% abandonan la LME por el mismo motivo. Este dato concuerda con lo publicado en la literatura, y en nuestro caso probablemente se deba a que la mayoría de la muestra se encuentra laboralmente activa<sup>14,15</sup>. Contrasta con los resultados del grupo ELOIN, donde solo el 2,9% de las mujeres que no inician lactancia lo hacen por causa laboral<sup>6</sup>.

Estos datos señalan la necesidad de promover estudios sobre la situación socio-laboral de las mujeres lactantes e invitan a una reflexión sociopolítica que permita favorecer la conciliación familiar, como ya reivindican estudios previos<sup>16</sup>. Entre los motivos por los que las madres deciden iniciar LA, el 43% lo hace por consejo del entorno o por la comodidad del biberón. La elección de LA ha sido poco estudiada, por lo que es necesario ampliar los estudios en esta población, además un 8,7% abandona la LME por la creencia de que no aporta ventajas, lo cual remarca la necesidad de potenciar medidas educativas y de información de fuentes fidedignas a las madres, que les facilite la autonomía en su decisión. De hecho, un 48,7% refieren sentir presiones externas que condicionan su libre elección sobre la lactancia, lo que refuerza que la información es uno de los factores más importantes a la hora de iniciar y mantener la lactancia materna<sup>17,18</sup>.

En comparación con otros estudios, se observa una tasa muy baja de motivo de abandono por dificultad de la técnica, si bien es cierto que

entre los objetivos de este estudio no estaba analizar las dificultades en las técnicas de lactancia<sup>19</sup>. Un 20,9% manifiestan que abandonan la LME antes de los seis meses por indicación del personal sanitario, por lo que convendría revisar la formación y sensibilización del personal sanitario sobre la importancia de la LME.

La principal fuente de información sobre la lactancia es la matrona, situándola como informadoras clave para el manejo y difusión de información sobre este tema.

Una revisión americana encontró que la información que las mujeres reciben mediante el uso de nuevas tecnologías aumenta el inicio y duración de la lactancia, lo cual supone un campo novedoso sobre el que trabajar para acercarnos a las mujeres lactantes<sup>20</sup>.

Aunque la muestra es pequeña, la totalidad de mujeres musulmanas da LME y la mantiene una media de 180 días, lo que apunta el peso que el entorno cultural y familiar tiene en la lactancia, si bien serían necesarios otros estudios que incluyan más casos de esta población para poder corroborar estos resultados. Otros autores ya reivindican la necesidad de una mirada integral al proceso de lactancia y de homogeneizar las prácticas clínicas<sup>21</sup>.

Se observan otras actuaciones clínicas relacionadas con mayor tasa de LME como el parto vaginal, contacto piel-con-piel y el inicio precoz de la lactancia materna, que se practica en un 69,4% de las encuestadas. Estas medidas están reconocidas dentro del plan IHAN y ponen el acento en la importancia de las actuaciones precoces en el inicio de la lactancia, siendo

necesario revisarlas en cada zona de salud y mejorarlas<sup>11,22,23</sup>.

Destaca una menor prevalencia y duración de LME en los casos que se administra SAAH, realizándose éste en un 41% de la muestra, lo cual podría indicar que es una práctica extendida susceptible de revisión a nivel hospitalario<sup>11</sup>.

Por otro lado, el 45% de las encuestadas manifiesta que no se les prestó asistencia perinatal para la lactancia, lo que supondría que un porcentaje importante de las madres percibe desatención por parte del personal sanitario, siendo la atención puerperal una de las actuaciones a potenciar y mejorar como recogen las recomendaciones de OMS y UNICEF<sup>25</sup>.

La humanización de la práctica clínica es fundamental para cualquier proceso asistencial y en el caso de la lactancia parece cobrar más importancia a la luz de estos datos. En este sentido, se ha descrito la necesidad de mejorar la formación del personal para la asistencia sanitaria<sup>25</sup>. Es destacable que el 17% de las madres no abandona hábitos tóxicos durante el embarazo y lactancia, lo que podría ser susceptible de revisión por parte de Atención Primaria.

Las mujeres que deciden el tipo de lactancia antes del parto tienen mayor probabilidad de iniciar y mantener durante más tiempo una LME, esto supone un dato novedoso no descrito en otros estudios, aunque sí se apunta a la necesidad de reforzar las medidas de información y preparación a la maternidad<sup>26</sup>.

Este estudio supone una contribución a la información previamente aportada sobre la lactancia por otros autores desde una perspectiva asistencial, educativa y comunitaria,

analizando variables socio-culturales potencialmente modificables a fin de acercarnos a los objetivos planteados por la OMS.

## Conclusiones

La tasa de LME a los 6 meses en la muestra estudiada es superior a la media estatal y urbana, y similar a la de otras zonas rurales estudiadas, lo que podría estar relacionado con factores culturales y sociales arraigados al medio rural, aunque sin alcanzar los objetivos planteados por la OMS.

La información y educación en materia de lactancia a las madres y las prácticas sanitarias son factores decisivos en el inicio y mantenimiento de la LME. Es necesario implementar medidas asistenciales tanto a nivel comunitario, para captación a la preparación al parto y talleres de lactancia, como de formación y sensibilización del personal sanitario implicado, para atención al puerperio y la asistencia perinatal hospitalaria.

La situación laboral y otros factores culturales influyen en el inicio y duración de la lactancia, por lo que se hacen necesarios estudios más amplios y probablemente de índole cualitativa, que ahonden en el conocimiento de estas variables y las contextualicen en nuestro momento histórico.

## Bibliografía

1. Brahm P, valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*. 2017;88:7-14.

2. Sandoval Jurado L, Jiménez Báez MV, Olivares Juárez S, et al. Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. *Aten Primaria*. 2016;48:572-578.
3. World Health Organization, UNICEF. *Global strategy for infant and young child feeding* 2001.
4. Grummer-Strawn LM, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatrica* 2015;104:1-2.
5. G Victoria C, Bahl R, JD Barros A, et al. La lactancia materna en el Siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efectos a lo largo de la vida. *The Lancet* 2016;387:475-90.
6. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *Anales de Pediatría* 2017;89(1):32-43.
7. Rodríguez-Pérez MJ, Álvarez-Vázquez E, Medina-Pomares J, et al. Prevalencia de la lactancia materna en el área sanitaria de Vigo, Galicia. *Rev Esp Salud Pública*. 2017;91:1-9.
8. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, et al. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit*. 2001;15:104-110.
9. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, et al. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2017;51:91-98.
10. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea 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;29:4-9.
11. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, et al. Situación actual y factores que condicionan la lactancia

- materna en Castilla y León. *Pediatría Atención Primaria* 2011;13(49):33-46.
12. 12. S. Santana G, J. Giugliani ER, de O. Vieira T, et al. Factors Associated With Breastfeeding Maintenance for 12 Months or More A Systematic Review. *J Pediatr*. 2017;94:104-22.
  13. 13. Dellen SA, Wisse B, Mobach MP, et al. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. *BMC Public Health*. 2019;19:1-12.
  14. 14. Cabedo R, Manresa J, Cambredó MV, et al. Tipos de lactancia y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. *Estudio LACTEM. Matronas profesión* 2018;20:54-61.
  15. 15. Díaz-Gómez N, Ruzafa-Martínez M, Ares S, et al. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90:1-18.
  16. 16. Maroto-Navarro G, García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit*. 2004;18:13-23.
  17. 17. Zielińska MA, Sobczak A, Hamułka J. Breastfeeding knowledge and exclusive breastfeeding of infants in first six months of life. *Roczniki Panstwowego Zakladu Higieny* 2017;68(1):51.
  18. 18. Martínez Galiano, Delgado Rodríguez. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Asso Med Bras*. 2013;59:254-57.
  19. 19. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016.
  20. 20. Sayres S, Visentin L. Breastfeeding: uncovering barriers and offering solutions. *Current opinion in pediatrics* 2018;30:591-596.
  21. 21. Barría P. La necesidad de una mirada integral del proceso de la Lactancia Materna en el contexto de la Atención Primaria de Salud: desafío para la formación y práctica. *Enfermería Universitaria* 2018;15:223-5.
  22. 22. Cohen SS, D. Alexander DD, Krebs NF, et al. Factors Associated With Breastfeeding Initiation and Continuation A Meta Analysis. *The Journal Of Pediatrics* 2018;203:190-6.
  23. 23. IHAN. Plan de acción IHAN 2019. IHAN 2019.
  24. 24. OMS, UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS 2003:30.
  25. 25. Pol-Pons A, Aubanell-Serra M, Vidal M, et al. Lactancia materna: competencia básica de los profesionales sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria*. 2019;51(1):47-49.
  26. 26. Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, et al. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria* 2016;14:54-66.



## Anexo I. Tablas y figuras

| Variable          | Resultados  |
|-------------------|---|
| Edad              | <ul style="list-style-type: none"> <li>● De 15 a 20 años: 2,6% (6)</li> <li>● De 21 a 30 años: 22,3% (51)</li> <li>● De 31 a 40 años: 76,7% (156)</li> <li>● Mayores de 40 años: 7,4% (17)</li> </ul> |
| Nivel de estudios | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Educación primaria: 9,2% (21)</li> <li>● Ed. Secundaria/FP: 46,9% (108)</li> <li>● Universitarias: 43,9% (101)</li> </ul>                                    |
| Procedencia       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alto Palancia 54,2% (123)</li> <li>● Españolas 30,4% (69)</li> <li>● Extranjeras 15,4% (35)</li> </ul>   |
| Religión          | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ninguna 30,4% (70)</li> <li>● Cristiana 58,7% (135)</li> <li>● Ortodoxa 6,5% (15)</li> <li>● Musulmana 2,6% (6)</li> </ul>                                   |
| Situación laboral | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Activa: 66,1% (150)</li> <li>● Desempleo: 31,3% (71)</li> <li>● Prestación social: 2,6% (6)</li> </ul>   |
| Económico         | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Problemas para llegar a final de mes: 14 % (32)</li> <li>● Dificultad para compra de producto de 3ª necesidad: 11,9% (27).</li> </ul>                        |

**Tabla 1.** Resultados de las variables sociodemográficas y económicas de la muestra.

| Motivo                             | Frecuencia | Porcentaje válido |
|------------------------------------|------------|-------------------|
| Laboral                            | 48         | 30,4%             |
| Indicación del personal sanitario  | 33         | 20,9%             |
| Enfermedad materna                 | 14         | 8,7%              |
| Escasa ganancia pondo-estatural    | 14         | 8,7%              |
| Creencia de que no aporta ventajas | 14         | 8,7%              |
| Por comodidad del biberón          | 8          | 5,2%              |
| Dificultad en la técnica           | 10         | 6,1%              |
| Otros motivos                      | 16         | 9,6%              |

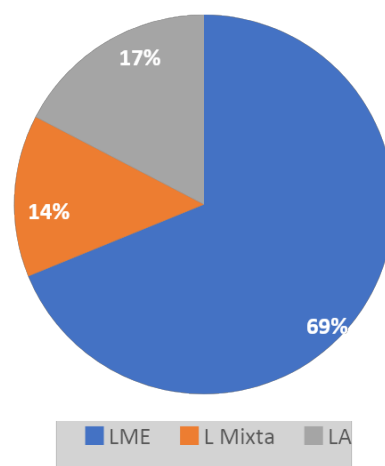
**Tabla 2.** Principal motivo por el que se abandona la LME.

| Factor                               | OR    | IC 95%     | p-valor |
|--------------------------------------|-------|------------|---------|
| Religión musulmana y ortodoxa        | 5.012 | 1.1-25.3   | 0.04    |
| No Suplemento Alimenticio Artificial | 14.55 | 6.32-36.79 | <0.001  |
| Parto vaginal                        | 1.14  | 2.35-1.06  | 0.02    |
| No inicio precoz de lactancia        | 0.342 | 0.14-0.77  | 0.011   |
| No asistencia a preparación parto    | 0.28  | 0.11-0.64  | 0.004   |
| Decisión posterior al embarazo       | 0.32  | 0.14-0.74  | 0.006   |

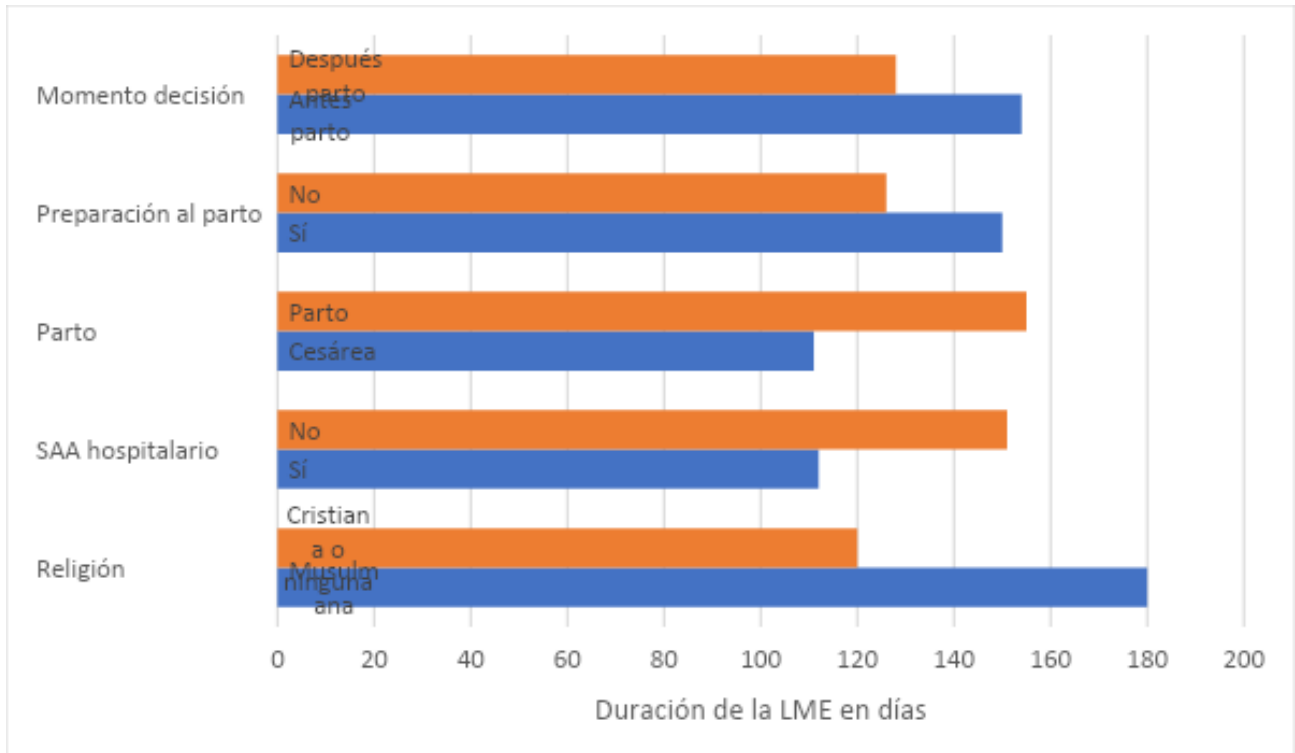
**Tabla 3.** Factores que influyen en el inicio de la LME.

| Factor                               | RR   | IC 95%    | p-valor |
|--------------------------------------|------|-----------|---------|
| Religión musulmana y ortodoxa        | 1.57 | 1.1-2.12  | 0.004   |
| No Suplemento Alimenticio Artificial | 2.79 | 2.2-3.5   | <0.001  |
| Nacimiento cesárea                   | 0.73 | 0.55-0.95 | 0.028   |
| No asistencia a preparación parto    | 0.64 | 0.52-0.71 | <0.001  |
| Decisión posterior al embarazo       | 0.66 | 0.5-0.8   | <0.001  |

**Tabla 4.** Factores que influyen en la duración de la LME.



**Figura 1.** Prevalencias de la Lactancia Materna Exclusiva (LME), Mixta y Lactancia Artificial (LA) al inicio.



**Figura 2.** Duración de la Lactancia Materna Exclusiva según las distintas variables en las que se han obtenido diferencias estadísticamente significativas. SAA: Suplemento Alimenticio Artificial.

## Anexo II. Cuestionario del estudio

### CUESTIONARIO ESTUDIO

Fecha:

Investigador que entrega la encuesta:

Número de cuestionario:

(sexo del bebé + SIP)

Localizador:

SP (Segorbe Pediatría) + número de cuestionario.

AP (Altura Pediatría) + número de cuestionario.

VP (Viver Pediatría) + Número de cuestionario.

SJP (Soneja Pediatría) + Número de cuestionario.

Nº Teléfono de la participante:

POR FAVOR, RECUERDE QUE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS HACEN REFERENCIA EXCLUSIVAMENTE A LOS 6 PRIMEROS MESES DE ALIMENTACIÓN DE SU BEBÉ.

**1.- Edad:**

- 1: de 15 a 20.
- 2: de 21 a 30.
- 3: de 31 a 40.
- 4 >40

**2.- Procedencia:**

- 1: Autóctonas nacidos en zona de Alto Palancia. (saltar a p-4).
- 2: Nacidas en España. (saltar a p-4).
- 3: Inmigrantes:
  - 3: Europeas.
  - 4: Magrebíes.
  - 5: Subsaharianas.
  - 6: Asiáticas.
  - 7: Iberoamericanas
  - 9: Norteamericana.

**3 – Tiempo de estancia en España:**

- 1: menos de 1 año.
- 2: de 1 a 5 años.
- 3: entre 6 y 10 años.
- 4: más de 10 años.

**4.- Nivel de estudios:**

- 1: sin estudios.
- 2: educación primaria.
- 3: educación secundaria/formación profesional.
- 4: educación universitaria.

5.-Profesión:

**6.- Situación laboral:**

- 1: activa.
- 2: desempleo de corta duración.
- 3: desempleo de larga duración.
- 4: recibe prestaciones sociales.

**7.-Religión:**

- 1: Ninguna.
- 2: Cristiana.
- 3: Musulmana.
- 4: Ortodoxa.
- 5: Otras (especificar).

8.- **ECONÓMICO:** ¿Tiene problemas para llegar a fin de mes? 1= SI; 2= NO

9.- ¿Tiene **DIFICULTADES** para comprar pañales, fármacos, productos de alimentación de niños, comer carne o pescado dos veces/semana, vacaciones una semana, comprar gafas o ir al dentista? 1= si; 2= no

**10.- Tipo de familia:**

- 1= monoparental madre soltera.
- 2 = monoparental divorciada.
- 3 = monoparental viudedad.
- 4 = en pareja homosexual.
- 5 = en pareja heterosexual

11.- Cree que su vivienda tiene buenas condiciones de salubridad y habitabilidad?  
1= si; 2= no

**12.- Tipo de gestación:**

- 1: no deseada.
- 2: deseada:
  - 3: espontanea
  - 4: inseminación.
  - 5: FIV.

**13.- Tipo de parto:**

- 1: a término.
- 2: prematuro.
- 3: post-término.
- 4: inducción.
- 5: cesárea.

14.- ¿Recibió asistencia perinatal (en el momento del parto y puerperio) para la alimentación de su bebé? 1: Sí. 2: No.

15.- ¿En el parto o cesárea hubo contacto físico madre-recién nacido? 1: Sí. 2: No.

16.- ¿Se hizo inicio precoz de lactancia materna? 1: Sí. 2: No.

17.- ¿Durante la estancia en el hospital el personal suministró suplemento alimenticio artificial al bebé?

1: Sí. 2: No.

18.- **Número de hijo:**

1= primero

2= segundo

3 = tercero

4 = más

19.- ¿Ha ido a la preparación al parto con la matrona? 1= sí; 2= no

20.- ¿Ha ido a taller de lactancia? 1= si; 2= no

21.- ¿En el embarazo padeció alguna enfermedad importante?

1.- No.

2.- Hipo-hipertiroidismo/ Hipo-hipertiroidismo gestacional.

3.- Diabetes /Diabetes gestacional.

4.- Hipertensión/ Hipertensión gestacional/Preeclampsia/Eclampsia.

5.- Otra.

22.- ¿Cuál ha sido la principal fuente de información sobre lactancia materna?

1.- matrona

2.- pediatra

3 Médica de Familia

4.- Enfermería

5.- Amigas / familia.

6.- Internet.

23.- ¿Acude a los controles de pediatría del niño sano? 1= si; 2= no

24.- ¿El bebé tuvo algún problema de salud al nacer?

0.- No/niño sano.

1.- prematuridad.

2.- infecciones.

3.- Malformación congénita.

4.- Enfermedad metabólica.

5.- Otros...

25.- ¿Qué tipo de alimentación le dio a su bebé al inicio?

1.- Lactancia Materna Exclusiva (LME) → siguiente pregunta.

2.- Lactancia mixta (LM) → ir a pregunta 29.

3.- Lactancia artificial (LA) → Id a pregunta 32.

26.- En caso de LME, ¿cuánto tiempo se ha mantenido?

- 1.- Días ..... (apuntar cuántos)
- 2.- Meses ..... (apuntar cuántos)
- 4.- Años ..... (apuntar cuántos)

27.- En caso de dar LME, ¿cuáles cree que ha sido el principal motivo?

- 1.- Por convicción de que es bueno para el bebé y para mí.
- 2.- Por comodidad.
- 3.- Por economía.
- 4.- Por la información obtenida.
- 5.- Por consejo de personal sanitario.

28.- En el caso de que haya dado LME, ¿tuvo que introducir lactancia artificial a su bebé durante unos días/semanas? 1: Sí. 2: No.

28.1.- En el caso de que así fuera, ¿cuál fue el motivo principal?

- 1: Baja ganancia de peso.
- 2: Recomendación del personal sanitario.
- 3: Sabía que eso podía ser beneficioso para su bebé.
- 4: Otras:

28.2.- ¿Cuánto tiempo tuvo que dar Lactancia artificial concomitante con la LME?

- 1: Días..... (apuntar cuántos).

29: A qué edad comenzó el niño/niña a tomar otros alimentos o bebidas (incluido agua/leche artificial "biberón") (Excluye vitaminas, minerales o medicamentos) (Que iniciara otros alimentos no significa que dejara de tomar leche materna).

- 1.- Días ..... (apuntar cuántos)
- 2.- Meses ..... (apuntar cuántos)
- 4.- Años ..... (apuntar cuántos)

30. Cuál es el principal motivo por el que comenzó a darle otros alimentos o bebidas?

- 1.- Por convicción propia.
- 2.- por consejo de personal sanitario.
- 3.- Por consejo del entorno.
- 4.- Para que el bebé bebiera agua y otros líquidos (hidratación).
- 5.- Por escasa ganancia pondero-estatural.
- 6.- otros...

31.- En caso de abandono LME, ¿Cuál ha sido el principal motivo?

- 1.- Por cuestiones laborales
- 2.- Por enfermedad
- 3.- Por indicación de personal sanitario.
- 4.- Creo que no aporta ventajas para el bebé.
- 5.- Creo que no engorda el bebé suficiente.
- 6.- Por comodidad. Me resulta muy sacrificado.
- 7.- Por cuestiones estéticas. No me gusta. Me incomoda.
- 8.- Dificultades con la técnica: dolor, grietas, mastitis
- 9.- Por indicación de familiares o amigos.
- 10.- Otro motivo:

----- SALTAR A P-34 -----

32.- En caso de dar lactancia artificial, a qué edad la comenzó?

- 1.- Días ..... (apuntar cuántos)
- 2.- Meses ..... (apuntar cuántos)
- 4.- Años ..... (apuntar cuántos)

- 33.- En caso de dar lactancia artificial ¿cuál ha sido el principal motivo?
- 1.- Motivos estéticos/no me gustaba dar leche materna fuera de casa.
  - 2.- Motivos laborales
  - 3.- Motivos de comodidad/dar biberón me resultaba más fácil o cómodo.
  - 4.- Adicción a alguna sustancia tóxica.
  - 5.- Necesidad de seguir algún tratamiento incompatible con la LM
  - 6.- Por desinformación.
  - 7.- Por escasa ganancia de peso del niño.
  - 7.- Porque no me gusta y no le veo ventajas.
  - 8.- Por indicación de personal sanitario.
  - 9.- Por consejo de familia, amigos.
  - 10.- En todos casos indicar motivo principal (descripción breve): .....

34: En caso de que no fuese su primer hijo, ¿cómo cree que ha influido su experiencia previa en la lactancia?

- 1: Me ayudó a tomar la decisión de iniciar LME.
- 2: Me hizo ver que la LME no era tan importante.
- 3: Me hizo buscar más información para tomar una decisión.
- 4: Me hizo decidir no iniciar LME.

35: ¿Cree que la mujer a la hora de tomar la decisión de qué tipo de lactancia elegir recibe presiones externas que dificultan su libre elección?

1. Totalmente de acuerdo
2. Bastante de acuerdo
3. No lo sé
4. Bastante en desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

36: ¿Cuándo decidiste qué tipo de Lactancia ibas a darle al bebé?

1. Antes del embarazo.
2. Durante el embarazo
3. Tras el nacimiento del bebé.

37: ¿Sabías que la OMS recomienda mantener la LME al menos durante los primeros 6 meses de vida del bebé?

- 1: Sí
- 2: No

### Anexo III. Esquema del estudio

