



This is the **published version** of the bachelor thesis:

Silvente Troncoso, Cristina; Villamarín Cid, Francisco, dir. *¿Por qué lactan las mujeres? : Un análisis desde el modelo Precede.* 2009.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/69805>

under the terms of the license

¿POR QUÉ LACTAN LAS MUJERES?

UN ANÁLISIS DESDE EL MODELO PRECEDE

Cristina Silvente Troncoso

Treball de Recerca
del Doctorado Psicología del Aprendizaje Humano

Dirección: Francisco Villamarín Cid

Departament Psicologia Bàsica
Facultat de Psicologia
Universitat Autònoma de Barcelona

Septiembre de 2009

Agradecimientos

A Paco Villamarín por aceptar la dirección de este trabajo, por su dedicación y paciencia

A Juan Muñoz por su asesoramiento en metodología cualitativa

A Iris, una verdadera experta en lactancia, sin ella nada de esto se habría hecho

A mi madre y a Sergi por su apoyo incondicional

A mis compañeras de Alba Lactancia Materna con las que siempre aprendo, especialmente a Eulalia Torras por su gran apoyo y la idea original de este trabajo

Y, evidentemente, un agradecimiento especial a las madres que se ofrecieron voluntarias para explicar sus experiencias: Irene, MªJosé, Carme, Alicia, Sandra, Laura, Marga, Ana, Esther, Mireia, Esther (otra Esther), Pepi, Patricia y Carolina. Y a todas las madres por su gran labor, tan primordial y tan poco valorada

ABREVIATURAS

- AEP Asociación Española de Pediatría
LA Lactancia Artificial
L Mix Lactancia Mixta
LM Lactancia Materna
OMS Organización Mundial de la Salud
PAHO Organización Panamericana de Salud.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. PERJUICIOS DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL/ BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.....	5
1.2. LA PRESCRIPCIÓN TERAPÉUTICA: ESPECIFICACIONES.....	6
1.3. MITOS, MALENTENDIDOS Y PRÁCTICAS INCORRECTAS.....	8
1.4. PLANTEAMIENTO.....	10
2. MÉTODO.....	13
3. RESULTADOS.....	15
4. COMENTARIOS, CONCLUSIONES E IMPLICACIONES.....	28
5. BIBLIOGRAFÍA.....	32
6. ANEXOS.....	36
6.1. Anexo 1. Ejemplo entrevista.....	37
6.2. Anexo 2. Determinantes del PRECEDE: definición y preguntas.....	44

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PERJUICIOS DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL/ BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es el alimento natural del ser humano. El uso de sucedáneos en los lactantes sanos comporta una serie de problemas o perjuicios que podrían evitarse si aumentara el número de niños/ as amamantados y la duración de la lactancia materna. La lactancia materna tiene, respecto a los perjuicios de la lactancia artificial, una serie de beneficios tanto para el bebé, como para la madre como para la sociedad que detallamos a continuación.

a) Beneficios para el bebé

Según la evidencia científica más actual (la PAHO ha hecho una extensa recopilación de evidencia científica, ver en PAHO, 2002), diversas investigaciones concluyen que los beneficios de la lactancia materna sobre los bebés son los siguientes:

A corto plazo: los lactantes de lactancia artificial (LA) tienen más procesos infecciosos, Infecciones respiratorias e infecciones de orina, así como otitis en comparación con los amamantados.

A medio plazo: Mejor desarrollo intelectual y motor de los bebés amamantados que los lactantes de LA (aparte de los estudios citados por PAHO, también en Kramer et al., 2008).

A Largo plazo: los niños/ as alimentados con LA tienen tasas más altas de tensión arterial en la edad adulta, mayor índice de colesterol, sobrepeso y obesidad (menor peso y constitución más delgada el primer año de vida en los lactantes de leche materna), y más probabilidad de desarrollar diabetes. Por otro lado, los niños amamantados obtienen mejores logros escolares y mejores puntuaciones en tests de inteligencia.

b) Beneficios para la madre

Pero los beneficios no sólo son para los bebés, sino también para las madres que amamantan.

"El inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la liberación de la oxitocina, una hormona que ayuda a contraer el útero, extrae la placenta y reduce el sangrado de posparto.

La lactancia materna retrasa además el regreso de la fertilidad, reduciendo de este modo la exposición a los riesgos de la salud materna asociados a cortos intervalos entre nacimientos. A largo plazo las madres que amamantan tienden a correr un riesgo menor de sufrir cáncer de mama o cáncer de ovario". (PAHO, 2002). Respecto al cáncer de mama, la lactancia materna disminuye el riesgo en un 4'6% por cada 12 meses de amamantamiento (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002).

Por otro lado, las madres que no amamantan tienen mayor probabilidad de hemorragia menstrual a lo largo de la vida, ya que la lactancia materna proporciona largos períodos de amenorrea con importante efecto en las reservas férricas. Dejan de obtener otros beneficios: menor probabilidad de Obesidad, Diabetes y Depresión posparto. En este sentido, algunas autoras hablan de la lactancia materna como tratamiento de la depresión (Kendall-Tackett, 2007; Olza, 2006).

En este sentido, se ha encontrado también una disminución de la respuesta endocrina al estrés en las madres lactantes (Mezzacappa, 2004). Algun estudio muy antiguo ya apuntaba una relación entre lactancia materna y reducción de la agresividad en madres, aunque se ha estudiado sólo en ratas (Thoman, Corner and Levine, 1970).

c) Beneficios socioeconómicos

Según la Asociación Española de Pediatría, "*la leche materna es un alimento ecológico puesto que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse con lo que se ahorra energía y se evita contaminación del medio ambiente. Y también es económica para la familia, que puede ahorrar cerca de 100.000 pts. (ahora serían más de 600 euros) en alimentación en un año. Además, debido a la menor incidencia de enfermedades, los niños amamantados ocasionan menos gasto a sus familias y a la sociedad en medicamentos y utilización de Servicios Sanitarios y originan menos pérdidas por absentismo laboral de sus padres*".

En EEUU, el gasto generado por el incremento de la morbilidad debido al uso de fórmulas de lactancia artificial infantiles se ha estimado en unos 3'6 billones de dólares anuales en 1999 (AEP, 2005).

1.2. LA PRESCRIPCIÓN TERAPÉUTICA: ESPECIFICACIONES

En el año 2004 el Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna reconoce el amamantamiento como una prioridad de salud pública a nivel europeo

y las tasas bajas de amamantamiento y su abandono temprano como un problema de graves consecuencias para la salud materno-infantil, la comunidad y el medio ambiente, que ocasiona gasto sanitario, desigualdades sociales y de salud evitables para Europa. Insta a los pediatras a asumir su responsabilidad en la promoción y puesta en marcha de medidas adecuadas de apoyo y en el abandono de prácticas, rutinas y protocolos erróneos. Urge a las administraciones nacionales y comunitarias a poner en marcha planes de actuación consistentes y recursos humanos y financieros que promuevan y apoyen eficazmente el amamantamiento (AEP, 2005).

Por todos los beneficios apuntados anteriormente, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Española de Pediatría recomiendan la lactancia materna de forma exclusiva los primeros 6 meses de vida del niño/ a y, después, junto con alimentación complementaria, hasta los 2 años o más.

Aparte de esta recomendación general, existen otras especificaciones que hace falta conocer:

a) Lactancia materna a demanda. Dice la AEP:

El tiempo que cada bebé necesita para completar una toma es diferente para cada bebé y cada madre y también varía según la edad del bebé y de una toma a otra. Además, la composición de la leche no es igual al principio y al final de la toma, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses. La leche del principio es más aguada pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares; la leche del final de la toma es menos abundante pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor). Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una, es muy variable por tanto y no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho "a demanda". Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 ó 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el bebé es el único que sabe cuándo se ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la toma. Lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien se suelte espontáneamente del pecho.

b) Nada más que leche materna:

Es importante, sobre todo al principio, que no se ofrezcan al niño chupetes ni biberones. Una tetina no se "chupa" de la misma forma que el pecho por lo que el recién nacido puede "confundirse" y

posteriormente agarrar el pecho con menos eficacia (se utiliza distinta musculatura de succión con el chupete y el biberón que en el proceso de succión del pecho). Esto puede ser la causa de problemas tales como grietas en el pezón, mastitis y falta de leche a la larga.

Por esta razón, en 1981, OMS-UNICEF crearon el "Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna" (se puede consultar en: <http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html>) , recogido en la legislación europea en 1991 y en la española en los Reales Decretos de 1992 y 1998, con el objetivo de asegurar el uso correcto de los sucedáneos de leche materna y controlar las prácticas inadecuadas de comercialización de alimentos infantiles. Este código prohíbe la publicidad directa y la entrega de muestras gratuitas de cualquier sucedáneo y de los útiles para administrarlos (tetinas, chupetes, biberones) y obliga al personal sanitario, a los fabricantes y a los gobiernos.

Otra recomendación hace referencia al llanto: el llanto excesivo en el neonato puede indicar problemas con la lactancia que necesitan ser evaluados y corregidos. Puede necesitar succionar no siempre para nutrirse, sino para calmar la ansiedad o dormirse (AEP, 2005).

1.3. MITOS, MALENTENDIDOS Y PRÁCTICAS INCORRECTAS

A continuación citamos algunos **Mitos, malentendidos y prácticas incorrectas** que conllevan el fracaso en la lactancia. Dichos mitos están muy arraigados en la sociedad:

a) Mito: Lactancia cada 3 horas, 10 minutos en cada pecho

Realidad: Limitar las tomas y la frecuencia de éstas afecta a la producción de leche. A más estimulación, más se activa el circuito neurohormonal de producción de leche (prolactina y oxitocina). Limitar la toma a 10 minutos puede hacer que el bebé no tome leche suficiente del final, que es más rica en grasas. Hay niños que necesitan 10 minutos, otros 30, es muy variable. Se ha concluido que el lactante es el que debe determinar la duración de la toma y que no es posible establecer reglas arbitrarias (Howie, 1981, citado por González, 2008).

b) Mito: Si no sale leche del pecho, es que no tienes

Realidad: Muchas mujeres tienen dificultades en la extracción de leche, ya sea manual o artificial (mediante "sacaleches"). Los bebés extraen mucha más cantidad y de manera efectiva.

c) Mito: *Si demandan muy a menudo es que no hay leche o ésta no es buena.*

Realidad: La mayoría de bebés amamantados demandan mucho especialmente las primeras semanas. Si un bebé demanda mucho hay que comprobar bien su succión, la posición y postura del bebé en el pecho, así como descartar cualquier otro problema de salud.

El miedo a no tener leche puede inhibir la oxitocina y, por lo tanto, dificultar la producción (González, 2008).

d) Mito: *el metabolismo del niño se encuentra desorganizado al nacer y requiere que se le imponga una rutina u horario para ayudar a resolver esta desorganización.*

Realidad: los niños nacen programados para comer, dormir y tener períodos de vigilia. No es un comportamiento desorganizado, sino un reflejo de las necesidades únicas de cada recién nacido. Con el transcurso del tiempo los bebés se adaptan gradualmente al ritmo de vida de su nuevo ambiente sin precisar entrenamiento ni ayuda.

e) Mito: *si un niño no aumenta correctamente de peso, es posible que la leche de su madre sea de baja calidad.*

Realidad: los estudios demuestran que aun las mujeres desnutridas son capaces de producir leche de suficiente calidad y cantidad para suplir las necesidades de crecimiento del niño. En la mayoría de los casos, el escaso peso se debe al consumo insuficiente de leche materna o a un problema orgánico del niño y/ o la madre (por ejemplo, hipotiroidismo)(González, 2008).

f) Mito: *una madre debe tomar leche para producir leche.*

Realidad: una dieta saludable de verduras, frutas, cereales y proteínas es todo lo que una madre necesita para nutrirse adecuadamente y producir leche. El calcio se puede obtener de una gran variedad de fuentes no relacionadas con los lácteos, como las verduras verdes, semillas, frutos secos y pescados como la sardina y el salmón. Ningún otro mamífero toma leche para producir leche.

g) Mito: *chupar sin el propósito de alimentarse, no tiene base científica.*

Realidad: las madres con experiencia en lactancia aprenden que los patrones de succión y las necesidades de cada niño varían. Aunque las necesidades de succión de algunos niños se satisfacen primordialmente cuando comen, otros niños requieren más succión al pecho, aun cuando hayan acabado de comer hace unos minutos. Muchos niños

también maman cuando tienen miedo, cuando se sienten solos o cuando algo les duele.

h) Mito: Se despierta mucho por la noche, es que tiene hambre.

Realidad: Los bebés cuando nacen tienen ciclos de sueño diferentes a los de los adultos. Con el tiempo, su sistema nervioso central madura y a la edad de 3-4 años la gran mayoría tiene ciclos semejantes a los adultos (Jové, 2006).

1.4. PLANTEAMIENTO

a) El problema

Según datos de la Generalitat de Catalunya del 2005, el 81'1% de las madres inician la lactancia materna, aunque de forma exclusiva lo hacen sólo el 66'8%. Es decir, podemos afirmar que casi la mayoría de mujeres cuando son madres inician la lactancia materna tras el parto. Sin embargo, según estas mismas estadísticas, al tercer mes la prevalencia ya ha bajado al 62%, al 6º mes al 31% y al año el 11'5% (todas lactancia materna no exclusiva), estando muy lejos de las recomendaciones de la OMS-UNICEF.

Si comparamos estos datos con los de Suecia, donde un 50% de las madres llegan con lactancia materna exclusiva a los 4 meses, y de forma parcial un 90% (Brekke et al, 2005), las diferencias son enormes.

A raíz de ser yo misma madre y encontrarme con otras madres en grupos de postparto y de apoyo a la lactancia, me planteé algunas cuestiones:

¿Qué ocurre? ¿Por qué si un porcentaje alto de mujeres inician la lactancia, la prevalencia desciende tanto al cabo de pocos meses? ¿Qué factores inciden en el descenso de esta prevalencia? ¿Por qué algunas mujeres, a pesar de las dificultades, continúan con la lactancia durante un tiempo prolongado?

Existe también una importancia social alrededor de la lactancia materna, sólo hay que observar la proliferación de grupos de apoyo a la lactancia y federaciones de asociaciones, tanto a nivel de Cataluña (FEDECATA, Federació Catalana de Grups de Suport a l'Alletament Matern,), como a nivel nacional (FEDALMA, Federación Española de Asociaciones Pro- Lactancia Materna con más de 30 miembros en todo el país), como a nivel Internacional (La Liga de la Leche con sedes en 63 países; y WABA, World Alliance for Breastfeeding Action).

b) Determinantes de la conducta de la lactancia materna

¿Por qué no amamantan las mujeres? Esta es la pregunta que se hacen muchos investigadores y todo aquel interesado/ a en el tema de la lactancia materna (entidades sanitarias y sociales).

En la literatura científica aparecen diversos factores relacionados con la decisión de no lactar o de interrumpir la lactancia (Hofvander, 2003; Taveras et al, 2003, Heinig et al, 2006; Gudnadottir, Gunnarsson and Thorsdottir 2006; Durán et al, 1999), tales como: nivel educativo (mayor nivel educativo, más decisión para lactar o menor nivel educativo está relacionado con mayores probabilidades de abandonar la lactancia), situación socioeconómica (menores tasas en grupos socioeconómicos bajos), actitud de la pareja y apoyo (el apoyo de la pareja está relacionado con la continuidad en la lactancia), apoyo y actitud de los profesionales sanitarios (a más apoyo de los profesionales, más continuidad). Parece ser que madres y profesionales entienden "apoyo" en la lactancia de diferente manera y algunos investigadores (Dillaway y Douma, 2004) recomiendan primero reconocer las discrepancias entre el actual y el percibido apoyo en la lactancia y los diferentes grupos de percepciones de apoyo y, en segundo lugar, trabajar para acercar dichas discrepancias. Se ha hallado, por otro lado, una relación entre malestar psicológico de la madre y la intención de la duración de la lactancia (Rondó y Souza, 2007).

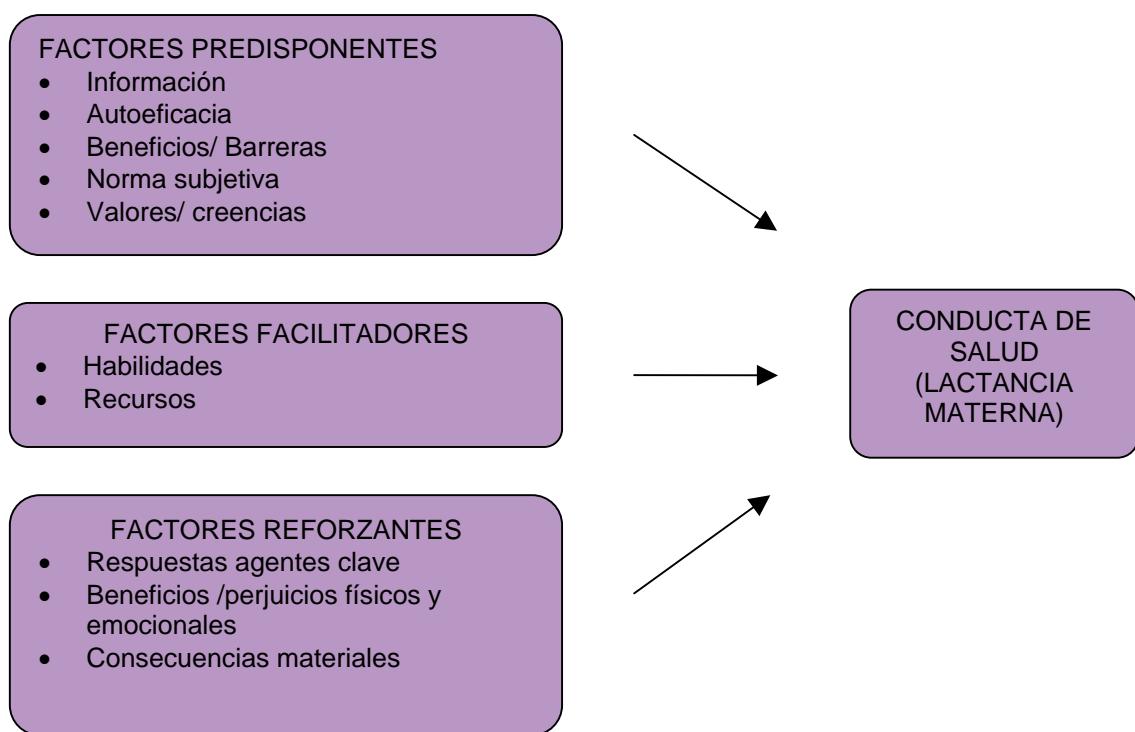
Los programas de promoción de la lactancia materna se basan casi únicamente en proporcionar información, y más específicamente en hablar de los beneficios de la lactancia materna en la salud del bebé, sobre todo en los cursos de preparación a la maternidad; aunque algunos organismos nombren en sus campañas otros factores, como la postura del bebé al mamar o el apoyo de la pareja (Generalitat de Catalunya, 2006), se trabaja básicamente desde la información.

Una de las variables psicológicas predictivas más estudiadas es la autoeficacia, habiéndose desarrollado algunas escalas específicas para la lactancia materna (Wells, et al, 2006; Pollard y McCrone, 2005). Las mujeres con una alta autoeficacia tienen intenciones de amamantar por más tiempo, una baja autoeficacia se ha relacionado negativamente con la duración de la lactancia (Kronborg and Vaeth, 2004, Papinczak y Turner, 2000; Ystrom et al., 2008). El hecho de abandonar la lactancia materna a las 2 semanas se ha relacionado con una falta de autoconfianza en la habilidad de amamantar en el primer o segundo día de vida del bebé (Taveras et al, 2003).

Pero apenas se ha estudiado la capacidad predictiva de otras variables psicológicas. Faltan, pues, estudios exploratorios que analicen, conjuntamente, la posible influencia de diferentes tipos de variables psicológicas y también sociodemográficas sobre la conducta de la lactancia materna.

Dado que las conductas de salud, al igual que otras, son multideterminadas, es conveniente utilizar modelos teóricos que contemplen la influencia de múltiples variables. De entre los modelos disponibles el más completo es, probablemente (Villamarín y Álvarez, 1998), el denominado PRECEDE, ya que incluye variables psicológicas tanto desde la perspectiva cognitiva como desde la perspectiva conductual.

MODELO PRECEDE



Según este modelo, las conductas de salud vienen determinadas por factores predisponentes (aquellos antecedentes a la conducta que promueven la motivación), facilitadores (como dice la palabra, que facilitan que la motivación se realice) y reforzantes (subsecuentes a la conducta que permiten su mantenimiento o son un incentivo para su persistencia o repetición). (Green y Kreuter, 1991).

c) OBJETIVO

El objetivo de este estudio, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, es analizar, de forma exploratoria, los determinantes de la conducta de la lactancia materna utilizando el modelo PRECEDE.

Por ello utilizamos una metodología cualitativa con entrevistas abiertas, ya que son un instrumento flexible para recoger información y nos permiten profundizar e indagar en aspectos concretos. Este tipo de metodología se está aceptando cada vez más en la investigación en promoción de la salud como una forma de focalizar y entender la experiencia individual de las personas (Earle, 2002).

3. MÉTODO

Participantes

Las participantes eran mujeres voluntarias que fueron seleccionadas a través de una guardería infantil, grupos de apoyo a la lactancia y conocidas de ambas de la provincia de Barcelona. Eran madres recientes de 1 o 2 hijos, nacidos a término sin ninguna patología médica a destacar.

Se entrevistaron a un total de 14 madres. La edad promedio era de 34'64 años. La mayoría de ellas trabajaban también fuera de casa. El nivel socioeconómico se apunta en el apartado de resultados.

Instrumento y procedimiento

Se realizaron entrevistas abiertas semiestructuradas, teniendo en cuenta los diferentes factores del modelo PRECEDE (factores predisponentes, facilitadores y reforzantes) a 3 grupos de madres:

- Lactancia materna (LM): Madres que habían dado lactancia materna exclusiva o casi exclusiva un mínimo de 6 meses (un total de 6)
- Lactancia mixta (LMix): madres que habían iniciado lactancia materna y habían introducido lactancia artificial hasta abandonar la LM (un total de 6)
- Lactancia artificial (LA): madres que desde el primer día dieron lactancia artificial (un total de 2).

Las entrevistas fueron registradas y transcritas y luego analizadas mediante análisis de contenido. La duración de las mismas era de aproximadamente 30-60 minutos.

Las preguntas generales de la entrevista se pueden ver en la Tabla 1.

Tabla1. Preguntas generales de la entrevista

ENTREVISTA
<ul style="list-style-type: none">• Antes de nacer tu hijo/ a, ¿tenías la intención de darle el pecho?• ¿Qué información tenías?• ¿Cuántas personas cercanas conocías que hubieran tenido éxito con la lactancia? ¿Cuánto tiempo dieron el pecho?• ¿Qué piensan las personas de alrededor acerca de la lactancia: (incluido personal sanitario)?• ¿qué apoyo tienes o tenías?• ¿Creías que serías capaz de tirar adelante con la lactancia?• Para ti ¿qué ventajas supone dar de mamar?• ¿Con qué obstáculos te has encontrado?• ¿Sabías dar de mamar?• ¿Qué piensas/ sientes cuando das de mamar?• Qué cosas positivas ven los demás en que des de mamar? ¿Qué cosas positivas te dicen?• ¿Por qué crees que otras mujeres dan de mamar?• ¿Por qué crees que otras no dan de mamar?

Un ejemplo concreto de entrevista lo podemos encontrar en el anexo 1.

En el anexo 2 mostramos los factores que se pretendían recoger en las entrevistas, su definición y con qué preguntas correspondían.

Además de las variables propuestas en el modelo PRECEDE, evaluamos algunas variables sociodemográficas, como edad, nivel de estudios, situación laboral.

Siguiendo el esquema de otras publicaciones con metodología cualitativa (Earle, 2002), presentaremos en un mismo apartado los

resultados y la discusión e introduciremos un apartado final sobre comentarios, conclusiones e implicaciones.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

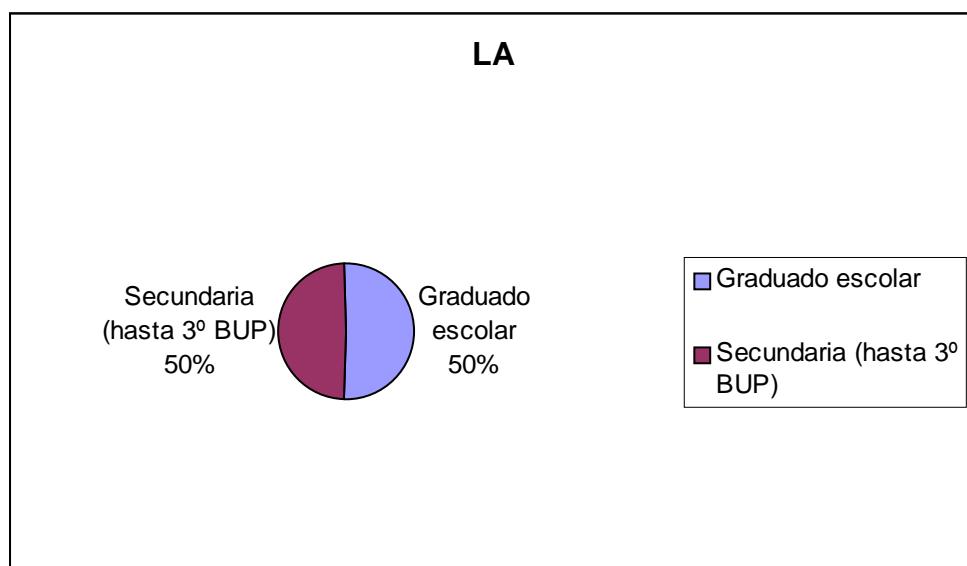
En primer lugar comentaremos las variables sociodemográficas y, en segundo lugar, los determinantes del PRECEDE.

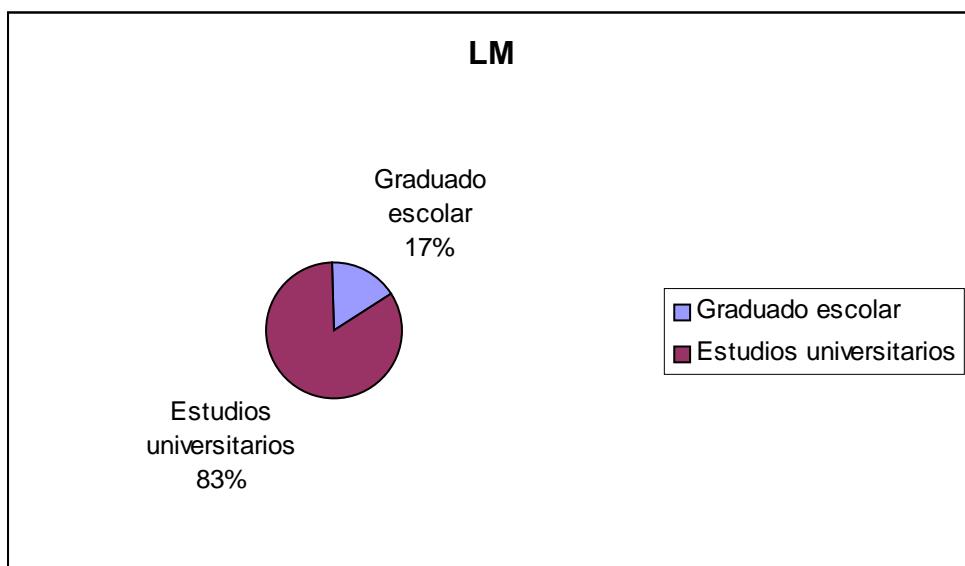
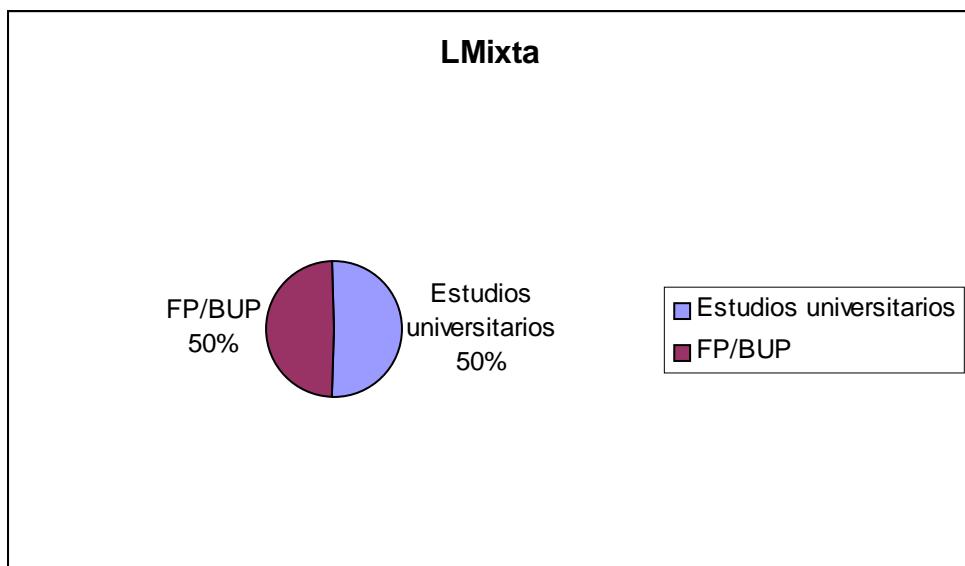
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

La media de edad era de 34'64 años, siendo muy parecida en los 3 grupos (LA 34; LMix 34, 33 y LM 35,16 años), quizás el grupo de LM sería el más mayor. Todas eran de nacionalidad española, aunque una del grupo de lactancia materna provenía de México, aunque llevaba desde 1999 viviendo en España. Excepto 2 del grupo de LM, todas eran madres que trabajaban, además, fuera de casa. Todas vivían en pareja (casadas o no).

Nivel educativo

Observamos diferencias en los 3 grupos:





Tal como se observa, a más nivel de estudios, parece que hay más seguimiento de la lactancia materna. Por otra parte, cabe añadir que, en el grupo de LM, es precisamente la madre que tenía menor nivel de estudios la que lo dejó antes (a los 6 meses). (Estos datos se corresponden con lo encontrado en la literatura, por ejemplo, Kronborg and Vaeth, 2004).

Asistencia a cursos de preparación a la maternidad

En los cursos de preparación a la maternidad/ paternidad impartidos desde la Sanidad Pública (normalmente en los Centros de Asistencia Primaria), se trata el tema de la lactancia materna. Estos cursos son llevados por comadronas y el contenido puede variar bastante de un centro a otro. Por ejemplo, una de las mujeres (del grupo de mixta) se quejaba de que la comadrona sólo hablaba de perros y gatos y no de personas. En general, las madres expresan que se tocó por encima el

tema de la lactancia materna. Aquí tenemos un gráfico sobre el seguimiento de cursos de preparación:



Llama la atención que ninguna de las madres de lactancia artificial asistieron a un curso. En un caso de lactancia materna, el curso que siguió fue privado y mucho más extenso (6 meses), del cual ella estaba muy satisfecha por el apoyo y la información recibida.

Estos datos se corroboran con lo encontrado en otros estudios en España. Por ejemplo, González- Sanz ya en 1992 halló que una baja asistencia de las embarazadas a cursos de preparación al parto (sólo el 28%) podría estar relacionado con la información errónea sobre LM y ésta con bajas tasas de LM.

En relación a esto, una cuestión importante es cuando tomaron la decisión. Durante el embarazo: el 100% de las de LA, aunque una de ellas ya parecía tener claro que era algo no agradable para ella antes incluso de estar embarazada ("no iba a estar todo el día con el pecho fuera", decidió dar LA), el 50% de las de LMix y el 66% de las de LM. Parece ser que en todas ellas ya hay una decisión tomada antes de empezar a alimentar al bebé. Esto tendría implicaciones importantes de cara a la promoción de la lactancia y corroboraría las propuestas hechas por otros autores de que la promoción tendría que ir dirigida a las mujeres antes de concebir (Earle, 2002).

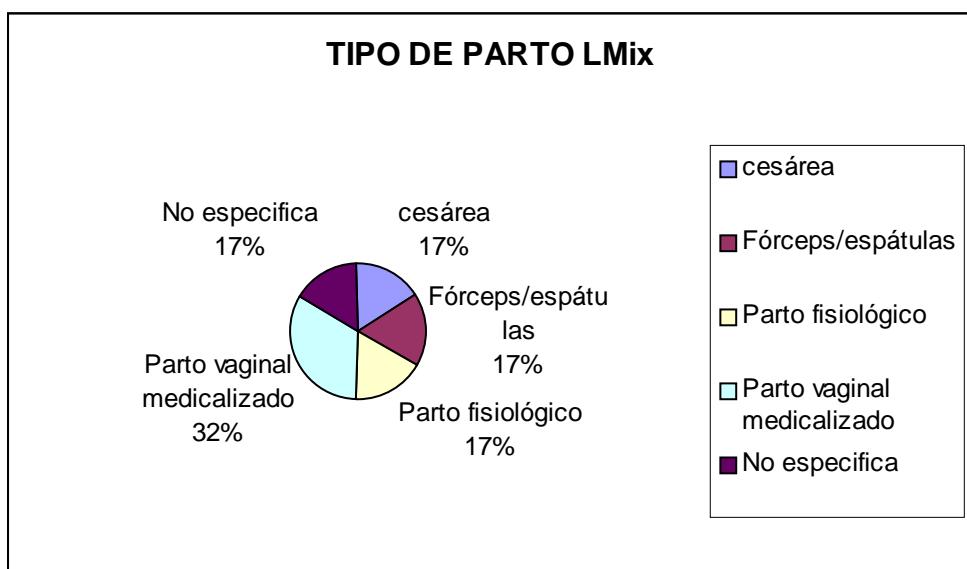
Otro tipo de información que se recogió fue el tipo de parto, ya que algunos estudios lo relacionan con el éxito en la lactancia. Por ejemplo, la medicación administrada durante el parto puede afectar negativamente la lactancia, así como la separación madre-bebé inmediatamente después del nacimiento (Chang and Heaman, 2005; Smith, 2007).

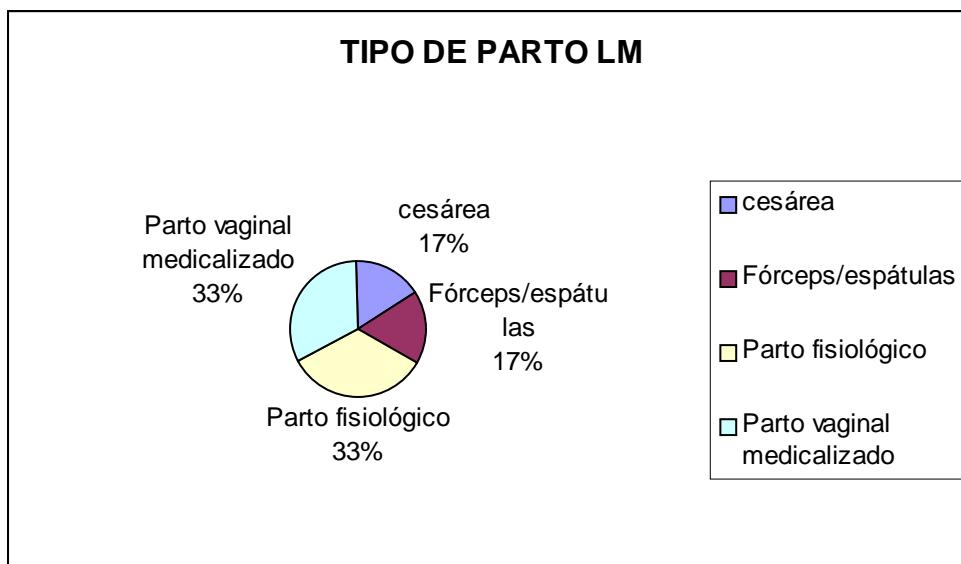
Tipo de parto

El tipo de parto que han tenido los 3 grupos es el que sigue:

Lo más llamativo es que el grupo de LA el parto fue, en los dos casos, por cesárea.

En el grupo de LM hay una tendencia más hacia el parto fisiológico. Quizá esto esté relacionado también con la intención de amamantar, como un querer buscar procesos naturales.





A continuación mostramos una tabla con la síntesis de resultados, siguiendo el modelo PRECEDE.

Tabla 2. Síntesis de resultados

LA	LMix	LM
<ul style="list-style-type: none"> - No han seguido un curso de preparación a la maternidad. - Percepción de LA como alimento, y LA = LM - La decisión la tomaron antes de quedarse embarazadas - No han visto o no se han encontrado con barreras para iniciar o seguir la LA. - No han tenido ayuda para la LM, pero sí para la LA - Dicen haber decidido LA por supuestos beneficios para el bebé (una fumadora, otra "nerviosa"). 	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría dicen haber dejado la lactancia "por no tener leche". - Poca información, o básicamente sobre beneficios en la salud del bebé y el vínculo. - Percepción en muchos casos LM = LA - Muchas de ellas tomaron la decisión durante el embarazo - Las dificultades con las que se encontraron (falta de leche, dificultades de agarre) no fueron solventadas por profesionales sanitarios. - En muchas de ellas el tener que dejar la lactancia materna les ha supuesto "un trauma". - En algunas de ellas la LM no ha sido una experiencia positiva (muy "enganchada", todo el día al pecho, "no podía hacer nada", "muy sacrificado"). - Algunas se sienten "menos madres", que se las culpabiliza o se sienten culpables. 	<ul style="list-style-type: none"> - La información la obtienen casi todas durante el embarazo, hay una búsqueda "activa" de información. - No tenían mucho apoyo (presiones externas, pareja, familia, profesionales poco informados), aunque ese apoyo parece irrelevante. - Para ellas simplemente la LM está bien, lo hacen porque les gusta, porque les reporta emociones positivas (vínculo, felicidad, amor). - En un momento u otro contactan con grupos de apoyo presenciales y virtuales.

Si analizamos factor por factor siguiendo el modelo PRECEDE:

FACTORES PREDISPONENTES

INFORMACIÓN

En general, todas las madres disponían de poca información relativa a la lactancia materna antes de tener a sus bebés. Algunas tenían información errónea. Por ejemplo, del grupo de lactancia mixta llama la atención que 4 de las 6 entrevistadas dijeron que fracasaron con la lactancia "por no tener leche". Este es un mito muy extendido, incluso en culturas tan lejanas como la zambiana (Fjeld y otros, 2008). En la actualidad se sabe que la producción de leche depende de la estimulación del pezón (González, 2008) y que las causas de hipogalactia (baja producción de leche) se deben a cuadros orgánicos muy específicos y poco comunes (hipo e hipertiroidismo, retención de placenta, agenesia de tejido mamario, cirugía, Síndrome de Sheehan, uso de anticonceptivos orales con estrógenos, o déficit congénito de prolactina, descritos en González, 2008). Ninguna de estas causas fue estudiada en las entrevistadas ni ellas lo nombran.

Por otro lado, en el grupo de madres de lactancia materna se percibe una búsqueda activa de información: 2 de ellas explicitan que buscaron información en Internet (normalmente en listas de profesionales de lactancia materna o de grupos de apoyo de renombre internacional), y la mayoría dice haber leído libros específicos. El factor de información estaría relacionado con el citado anteriormente sobre nivel de estudios: a más nivel de estudios, más búsqueda de información o la información se retroalimentaría con el éxito en la lactancia.

El 100% de las madres de lactancia artificial y el 67% de las de mixta dicen explícitamente haber seguido las pautas del pediatra. Cabe añadir aquí algún comentario sobre la información/ formación de los profesionales sanitarios. Por ejemplo, los médicos y pediatras. Según Alzina (2007) sobre la formación de los pediatras, los médicos dedican una clase teórica de formación (45-60 minutos) en la universidad para tratar la lactancia materna. Y los pediatras 2h y media más, de las cuales, la mitad son para hablar de cómo se hace un biberón; es decir, no tienen formación. Tal como se dijo en la comunicación, en el último manual de estudio de los alumnos de Medicina y Pediatría se sigue dando información incorrecta, por ejemplo, dar el pecho cada 3 horas, 10 minutos en cada pecho, método totalmente erróneo y contraproducente según organismos oficiales (OMS, AEP). Se concluyó que la formación y la información de los pediatras en cuanto a lactancia materna es insuficiente.

AUTOEFICACIA

A la pregunta si se sentían capaces o no de dar el pecho, el 50% de las entrevistadas decían que sí. Llama la atención que las dos mujeres que expresan no haberse sentido capaces o tener dudas de si podrían o no dar el pecho eran del grupo de lactancia materna. Otras dos madres del grupo de lactancia mixta habían pensado que era algo natural y se daría por sí solo. Las madres que escogieron lactancia artificial no se lo habían planteado.

BENEFICIOS PERCIBIDOS

Al hablar sobre beneficios que perciben de la lactancia materna o de su elección, hablan sobre todo de los que perciben a posteriori. Por ejemplo, de las madres que escogen lactancia artificial, una de ellas explica que así podía dejárselo a su madre.

El grupo que ha hecho lactancia mixta, ve en la LM, la comodidad de llevar el biberón encima, 3 de ellas nombran los beneficios en cuanto a las defensas de la leche en sí y el vínculo, pero una de ellas los rebate, especialmente en referencia al tema del vínculo dice que ella lo ha sentido igual o más con el segundo niño al que no dio apenas LM.

Por último, las de lactancia materna no hacen referencia explícita a los beneficios que veían antes de dar el pecho, aunque una habla del vínculo madre-hijo/ a, y otra comenta que fue a partir de las primeras sensaciones cuando ella empieza a buscar información y decide continuar.

BARRERAS

Igual que en el factor anterior, las entrevistadas hablan de barreras una vez iniciada la lactancia.

Las madres que escogieron lactancia artificial no ven ninguna barrera en cuanto a su decisión.

De las que hicieron mixta, el 50% nombran haber tenido dificultades con el sacaleches, y el 33% explican que tenían al bebé todo el día "enganchado" y "no poder hacer nada", como una experiencia negativa.

De las madres que siguieron lactancia materna, la gran mayoría (83,33%) nombra presiones por parte de familiares, pareja y/ o profesionales sanitarios para dejarlo.

NORMA SUBJETIVA

Para el 100% de las madres de LA la norma de su entorno es amamantar, habiendo ellas mismas lactado.

Las de lactancia mixta el 83,33% tenían referentes a su alrededor de LM (dos de ellas de abuelas que habían dado de forma prolongada), para ellas la norma es dar de mamar. Una de ellas explica que a su madre le pasó lo mismo que a ella con la hermana mayor (quedarse sin leche).

Sin embargo, las de LM han tenido referentes de todo, aunque tenían alguno (que explicitan de manera incisiva) que había dado de mamar 1 año, 2 años (el 66'66%), incluso una de ellas su abuela era "dida" (nodriza).

VALORES Y CREENCIAS

Una madre de LA explica que, para ella, si se da LA el padre se involucra más en la crianza, y cree que no es peor madre si da LA.

De entre las madres de lactancia mixta, una habla de que para ella tenía mucha importancia el aspecto psicológico de la LM. Otra que pensaba que por el hecho de dar el pecho sería mejor madre. Cree que si no sale solo, es que ella no sirve y que las que han podido continuar con la LM es porque les ha resultado muy fácil. Una de ellas hace referencia a la incompatibilidad lactancia-trabajo. Cree que una amiga ha podido dar el pecho porque no trabajaba.

En cuanto a las de LM, una de ellas comentaba que antes de dar el pecho "eso de dar a demanda me parecía muy fuerte", pensaba que era desordenado y malo. Otra afirma que nunca le ha importado lo que creyera la gente y que valora la opinión basada en el conocimiento científico.

FACTORES FACILITADORES

HABILIDADES

El 50% de las que amamantaron a sus bebés reconoce que antes de dar a luz no sabía nada, no habían visto dar de mamar o no sabía como se hacía. Una nombra que más que su habilidad para dar de mamar, cree que es la habilidad del niño.

Muchas veces, cuando hay problema de agarre del niño al pecho o alguna otra dificultad, es necesaria la extracción de leche. Como se

nombró cuando explicábamos el factor de barreras, de entre las madres que dieron mixta, el 50% encontraron dificultades con el uso del extractor de leche o "sacaleches". El 50% de ellas también encontró difícil otras posturas.

Recientemente se está enfatizando en el hecho de no enseñar ni posturas ni posiciones ya que el bebé se agarra solo la primera vez (podemos ver un ejemplo en el programa de OMS-UNICEF "Breast crawl" que en España se ha traducido como "agarre espontáneo": <http://breastcrawl.org/>). Por otro lado, según Suzanne Colson (2009), no hay posturas que prescribir, ya que no todas se ajustan a la diáada madre-bebé.

En cuanto al resto de habilidades, por ejemplo, disminuir dificultades y amenazas del entorno, algunas madres, especialmente del grupo de lactancia mixta expresan la dificultad para hacer frente las críticas de familiares (una dice que ello le produjo mucho estrés) o hacer frente a la demanda del bebé ("sabía que era a demanda, pero no qué quería decir "a demanda").

ACCESIBILIDAD DE CENTROS Y SERVICIOS

Uno de los factores que más llaman la atención es que 7 de las 14 entrevistadas (el 50%) recibieron información errónea (por ejemplo, si tenían leche o no; en los consejos sobre qué hacer en caso de mastitis) por parte de los profesionales sanitarios, ya sean ginecólogos/ as, comadronas, pediatras y enfermería de pediatría. Esto está relacionado con lo que se hablaba en el factor información sobre la formación de profesionales sanitarios.

En cuanto al apoyo percibido, 3 madres del grupo de LM y 2 del de LMix dicen haber recibido poco apoyo por parte de los profesionales.

Por otro lado, 4 de las 6 de lactancia materna han entrado en contacto o han recibido apoyo de asociaciones o grupos de apoyo a la lactancia materna.

Cabe destacar el comentario de una madre de lactancia artificial: "es que vas a una farmacia y tienes facilidades para todo (se refiere a la lactancia artificial), las leches artificiales dicen que llevan de todo".

También destacamos el comentario de una madre de lactancia mixta al hablar de los grupos de apoyo "son gente que sólo cree en la lactancia materna, son anti- bibes". Dice que no acudió a ellos por "comodidad" y porque su caso no era una cuestión de que no supiera, sino de que no tenía leche.

FACTORES REFORZANTES

RESPUESTA DE LOS AGENTES CLAVE

Una de las madres de lactancia artificial dice haber recibido apoyo por parte de la pareja para dar lactancia artificial.

En el grupo de lactancia mixta, 5 de las 6 entrevistadas refleja no tener un entorno favorable a la lactancia materna. Aquí vuelve a salir el tema de los profesionales sanitarios: "tendría que haber más apoyo antes, durante y después". En un caso, tanto la comadrona como la pediatra del CAP le dicen que no tiene leche y que "se deje de historias". En este grupo, 2 de las parejas presionan para que lo dejen porque no pueden hacer nada más o no pueden salir.

En el grupo de lactancia materna en 5 casos de las 6 entrevistadas, los agentes clave, la familia (básicamente nombran a la madre o la suegra), la pareja y los profesionales sanitarios no tiene una respuesta favorable a la lactancia materna: "no pasa nada por dar biberón", "no te la sacarás nunca del pecho". La mayoría dice que al principio nadie o casi nadie las cuestiona hasta que el niño o la niña empieza a crecer. Algun marido las presiona para destetar. A pesar de ello, ellas continúan.

BENEFICIOS/ PERJUICIOS FÍSICOS Y EMOCIONALES

En general las respuestas de las mujeres son para reafirmar las decisiones que han tomado, lógicamente, especialmente en los casos de lactancia artificial y lactancia materna: "ya lo tenía decidido", "para mí era súper-cómodo" (LA), "tu refuerzo era más bien interno".

En el grupo de LA no se nombra este factor ya que no iniciaron LM.

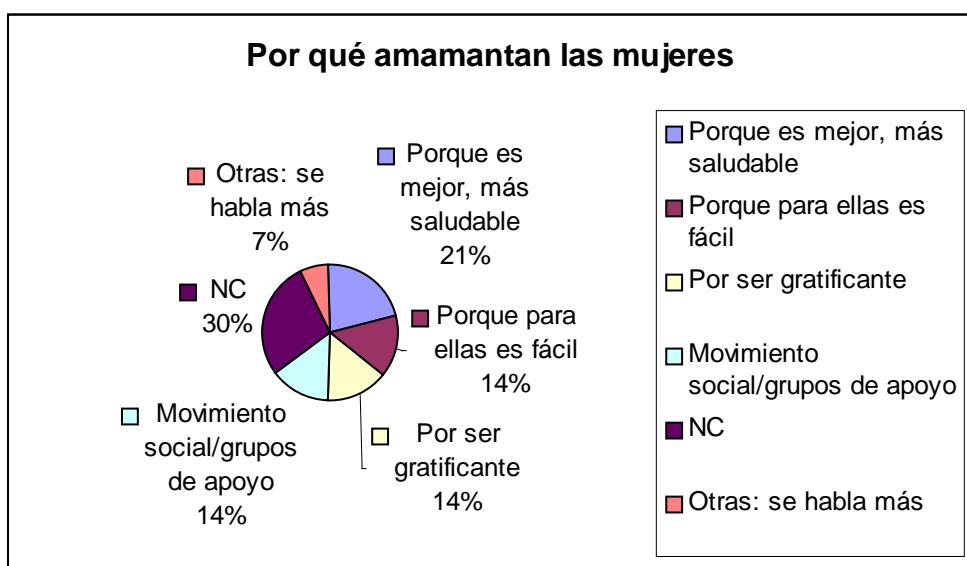
En cambio, en el grupo de lactancia mixta, el 100% de las madres, en general, han tenido una experiencia negativa, bien porque querían dar el pecho y no pudieron y se ven ellas mismas con poca capacidad para amamantar: "el niño no quiere o no me quiere a mí"; "no sirvo para dar el pecho", "no tengo suficiente leche", o bien porque veían la lactancia materna como algo difícil de llevar y pasaron a la LA sin efectos emocionales negativos. 5 de las 6 explícitamente hablan de poca cantidad o mala calidad de la leche. A pesar de ello, 3 de ellas nombran beneficios emocionales mientras duró: "me lo pasaba bien", "era divertido", "el vínculo". Para una de ellas, dejar la LM supuso una depresión postparto.

El 100% de las madres lactantes habla de beneficios emocionales de la lactancia materna: "sensación de felicidad", "relax feliz", "mucho amor", aunque alguna alude a otros beneficios, por ejemplo, beneficios para la salud del bebé, para la propia madre (perder peso) o por ser práctico. Como perjuicios, "el tener que ser tú" la que alimentaba al bebé o la sensación de ser muy sacrificado en el postparto inmediato.

CONSECUENCIAS TANGIBLES

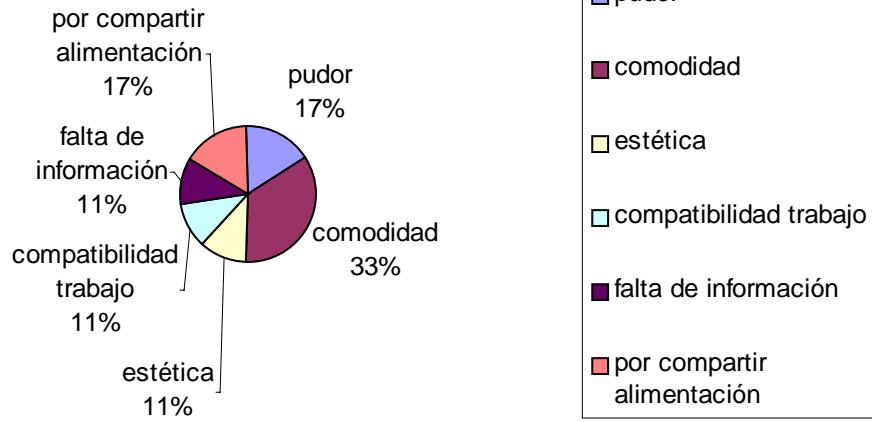
Sobre este factor sólo una de las madres entrevistadas de lactancia mixta hace referencia al coste de los sacaleches. Esta variable no se preguntó de forma explícita.

A parte de explorar los factores del PRECEDE, preguntamos a las mujeres entrevistadas por qué creían que otras madres daban lactancia materna y por qué creían que daban leche artificial. En los siguientes gráficos se ven las respuestas:



La respuesta de "porque para ellas es más fácil" la daban 2 madres que habían hecho lactancia mixta.

Por qué dan leche artificial



La respuesta de “por falta de información” la daban madres que habían dado lactancia materna.

5. COMENTARIOS, CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

Como conclusiones finales de los resultados presentados, apuntamos los aspectos clave siguientes:

- Nivel de estudios diferente en los 3 grupos.
- El "momento" de la toma de decisión (antes o durante el embarazo).
- Dificultades, barreras no solucionadas (falta de habilidades) "no se agarra bien", "falta de leche" en el grupo de LMix.
- Búsqueda activa de información
- La fuerza del vínculo (reforzador intrínseco)
- Superación de reforzadores sociales negativos
- Búsqueda de reforzadores sociales positivos (grupos de apoyo).

A nuestro parecer, nuestros resultados coinciden en buena medida con algunas de las propuestas del modelo transteórico de PROCHASKA y DiClemente (Prochaska y Di Clemente, 1994) en relación al cambio de conductas de salud, si bien este modelo no había sido buscado en un inicio a la hora de realizar las entrevistas o de su análisis.

El modelo de Prochaska y DiClemente hace 2 propuestas: una en referencia a las etapas del cambio y otra en referencia a los procesos o determinantes del cambio.

Por lo que respecta a las etapas del cambio proponen las 5 siguientes: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. En la etapa *precontemplativa*, no hay ninguna intención de cambiar el comportamiento; en la *contemplativa*, las personas son conscientes de que hay un problema, pero no se han comprometido a pasar a la acción, son personas que están considerando cambiar en los próximos 6 meses; en la *Preparación*, las personas intentan pasar a la acción en el próximo mes, informando de pequeños cambios de comportamiento, se llama también toma de decisión; en la *Acción*, es la etapa en que el individuo modifica su comportamiento, esta etapa requiere un considerable compromiso de tiempo y energía; el *Mantenimiento* es la etapa de continuación y consolidación.

Es decir, las madres que han escogido lactancia artificial estarían en un estado Precontemplativo. Es decir, son madres que no se plantean intentar amamantar ni ven un problema por el hecho de no hacerlo.

Por otro lado, las de lactancia mixta son las que han llevado a cabo la acción, pero finalmente no la han mantenido el tiempo adecuado. Igual que en las personas con adicciones de Prochaska y DiClemente,

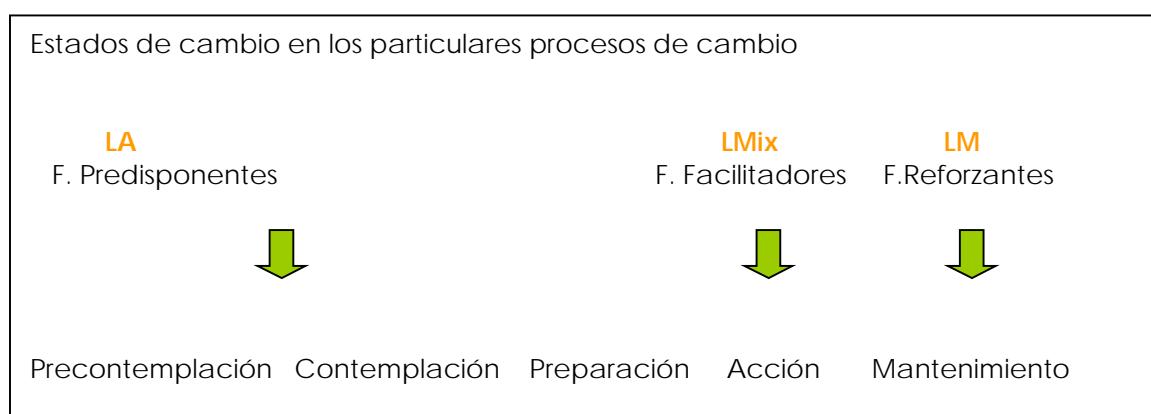
estas madres expresan lo mucho que se han esforzado ("yo intentaba sacarme la leche, le daba aunque fueran unas gotitas"), y se hace evidente la implicación de tiempo y energía, sobre todo las primeras semanas. Aquí el apoyo en caso de dificultades se hace imprescindible. Por otro lado, algunas veces una ayuda puntual (por ejemplo, en caso de bajada de peso del bebé), no implica dejar del todo la lactancia, igual que en los fumadores reducir a un 50% y cambiando el tipo de cigarrillos se ha visto que prepara mejor para la acción.

Por último, las madres que consiguen una lactancia materna más allá de los primeros meses se hallan claramente en una fase de mantenimiento. Su propio comportamiento las refuerza y se retroalimenta (se sienten felices dando el pecho, viendo como están de bien sus bebés, etc.). Estas madres buscan apoyo para hacer frente a las dificultades, por ello buscan información y son las que más en contacto están con asociaciones de apoyo a la lactancia tanto presenciales como virtuales.

Acabamos de describir las etapas del cambio en que se encontrarían los 3 grupos estudiados. En cuanto a los determinantes del cambio, la teoría de Prochaska y DiClemente propone que en el paso de una fase a otra intervienen diferentes determinantes. Los factores predisponentes del modelo PRECEDE serían los que ayudarían a pasar de la etapa precontemplativa a la contemplativa (información, barreras, beneficios percibidos, actitud, autoeficacia). Las madres del grupo de lactancia mixta necesitarían para pasar de la Acción a Mantenimiento determinantes tanto facilitadores (recursos, habilidades), como Reforzantes (reforzadores intrínsecos y extrínsecos). Por último, el grupo de LM ha pasado ya por todas las etapas y se encuentran en una fase de mantenimiento, donde se ven beneficiadas por todos los factores predisponentes, facilitadores y reforzantes.

Todos estos aspectos se intentan representar en la tabla 3.

Tabla 3. Lactancia, fases del cambio y determinantes del cambio según el modelo de Prochaska y DiClemente (1994).



Finalmente, queremos señalar que nuestros resultados coinciden en gran medida con las conclusiones de García Núñez en su estudio sobre "Inquietudes y sentimientos de mujeres que lactan de forma prolongada" (García- Núñez, 2008):

Ante todo ello podemos llegar a la conclusión de que las mujeres que deciden prolongar la lactancia no lo hacen movidas sólo por el beneficio nutricional y de salud que les reporta a ellas y a sus bebés. La razón principal es el grado de relación emocional que se establecen entre ambos, tan importante para el posterior desarrollo psicológico y madurativo del niño. Las hace ser más sensibles a las necesidades de sus bebés. Este vínculo las motiva a buscar más información por su cuenta sobre lactancia; son conscientes de que hacen lo mejor para sus hijos y eso las ayuda a enfrentarse a la falta de apoyos y a las críticas recibidas por personas ajenas y no tan ajenas a ellas (p.24).

Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio es la baja muestra de las madres que decidieron lactancia artificial, ya que sólo se consiguieron encontrar 2. A pesar de que la muestra entrevistada se aproxima porcentualmente a la de la población general (un 19'9% deciden no iniciar la lactancia, mientras que las mujeres de nuestro estudio corresponden al 14'28% de la muestra), hubiera sido interesante poder disponer de más experiencias.

Según la bibliografía de tipo cuantitativo, la Autoeficacia es uno de los predictores de la lactancia materna. Sin embargo, al analizar las entrevistas esta variable no nos ha aportado información muy relevante. Esto puede ser debido, en parte, a la forma como se evaluó o recogió dicho factor (como te sentías de capaz de dar el pecho). En este sentido, pensamos que la evaluación mediante técnicas cualitativas de algunas de las variables incluidas en nuestro estudio es mejorable y deberíamos profundizar en ello.

Prospectiva

En la misma línea de lo planteado en este trabajo, en el futuro se podrían trazar estudios para:

- Ampliar la aplicación del modelo PRECEDE a otros ámbitos de la salud maternoinfantil, como podría ser el parto.
- Profundizar en la evaluación de los determinantes: "PRECEDE" de la conducta de lactancia mediante técnicas cualitativas y llegando incluso a crear un instrumento cuantitativo.
- Diseñar intervenciones para promocionar la Lactancia Materna considerando conjuntamente el modelo PRECEDE y el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzina de Aguilar, Valentín (2007). Lactancia materna y educación. Ponencia en el IV Congreso de FEDALMA, Pamplona, 2007 (en <http://www.pharmaimage.tv/video/dr-valentin-alzina-de-aguilar>).

Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité de Lactancia materna: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm>

Asociación Española de Pediatría. La Lactancia Materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de la AEP. *Anales de Pediatría* (Barc), 2005; 63 (4): 340-56.

Brekke, H.; Ludvigsson, JF; van Odijk, J. and Ludvigsson, J. (2005). Breastfeeding and introduction of solid foods in Swedish infants: the All Babies in Southeast Sweden study. *British Journal of Nutrition*, 94, 377-382.

Chang ZM, RN, MN, and Heaman MI, RN (2005). Epidural Analgesia During Labor and Delivery: Effects on the Initiation and Continuation of Effective Breastfeeding. *Journal of Human Lactation* 2005 21: 305-314.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast Cancer and Breastfeeding: Collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without disease. *Lancet*, 2002; 20: 187-95.

Colson, Suzanne (2009). Biological Nurture en www.biologicalnurture.com (consultado el 28/7/09).

Dillaway, H. and Douma, ME. (2004). Are Pediatric Offices "supportive" of Breastfeeding? Discrepancies between Mothers' and Healthcare Professionals' Reports. *Clinical Pediatrics*, Jun, 43, 5, 417-430.

Duran Meméndez, R.; Villegas Cruz, D, Sobrado Rosales, Z. y Almanza Mas, M. (1999). Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Revista Cubana de Pediatría*, 71 (2), 72-9.

Earle, Sarah (2002). Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promotion International*, Sep, 17, 3, 205- 214.

García Núñez, M^a José. Inquietudes y sentimientos de mujeres que lactan de forma prolongada". Trabajo presentado en el II Curso de Experto Universitario en Salud Sexual y Reproductiva, curso 2007-2008.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Salut Maternoinfantil. Tríptic de Promoció de la lactancia materna "Dona pit, dona salut" en <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/tripticunicef2006.pdf>

González, Carlos (2008). Manual Práctico de lactancia materna (2^a edición). Asociación Catalana Pro Alletamiento Matern (ACPAM).

Fjeld, E.; Sisiya, S.; Katepa- Bwalya, M.; Kankasa, C.; Moland, KM and Tylleskär, T. (2008). "No sister, the breast is not enough for my baby" a qualitative assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia. *International Breastfeeding Journal*, 3: 26.

Francisco Javier González Sanz. *Factores psicológicos y sociales en la Lactancia Materna*. Tesis Doctoral. 1992. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Green, LW and Kreuter, M. (1991). Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach (2^a edición). Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

Gudnadottir, M.; Gunnarsson, BS and Thorsdottir, I (2006). Effects of sociodemographic factors on adherence to breastfeeding and other important infant dietary recommendations. *Acta Paediatrica*, Apr; Vol. 95 (4), pp 419-24.

Heinig, MJ; Follett, JR; Ishii, KD; Kavanagh- Prochaska, K.; Cohen, R. and Panchula, J. (2006). Barriers to Compliance With Infant-Feeding Recommendations Among Low-income Women. *Journal of Human Lactation*, 22(1): 27-38.

Hoey C, WareJL. (1997). Economic advantages of breastfeeding in an HMO: setting a pilot study. *American Journal of Management Care*; 3: 861-5.

Hofvander, Y. Why women don't breastfeed: a national survey. *Acta Pediatrica* 92: 1243-1244. 2003.

Howie, PW; Houston, MJ; Cook, A; Smart, L.; McArdle, T; McNeilly, AS. (1981). How long should a breastfeed last? *Early Human Development*, Feb, 5: 71-7. Citado en González, 2008.

Jové, Rosa (2006). *Dormir Sin Lágrimas*. Madrid: La Esfera de los Libros.

Kendall-Tackett, Kathleen. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health, *International Breastfeeding Journal*, 2007, 2-6.

Kramer, M.S.; Aboud, F.; Mironova, E; Vanilovich, I; Platt, R.; Matush, L.; Igumnov, S.; Fombone, E.; Bogdanovich, N.; Ducruet, Th.; Colet, J.P.; Chalmers, B.; Hodnett, E.; Davidovsky, S.; Skugarevsky, O.; Trofimovich, O.; Kozlova, L; Shapiro, S.; Breastfeeding and Child Cognitive Development. New Evidence From a Large Randomized Trial. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 65 (No.5), May 2008.

Kronborg, H and Vaeth, M. (2004). The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 210-216.

Mezzacappa, E.S. (2004). Breastfeeding and Maternal Stress Response and Health. *Nutrition Reviews*, Vol. 62, No.7.

Olza Fernandez I. y Gainza Tejedor I. (2006). Alternativas Al Tratamiento Psicofarmacológico De Madres Lactantes Con Depresión Postparto. *OBS CARE*. Consultado en www.elpartoesnuestro.es 05/03/2008.

OMS-UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y el niño pequeño. 2003.

Organización Panamericana de la Salud (PAHO) (2002). Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia.

Papinczak y Turner (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review*. Mar; Vol.8 (1), 25-33.

Pollard Cleveland, A. and McCrone, Susan. Development of the Breastfeeding Personal Efficacy Beliefs Inventory: A measure of Women's Confidence About Breastfeeding. *Jurnal of Nursing Measurement*, Vol. 13, Num.2, Fall 2005.

Prochaska , DiClemente y Norcross (1994). Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanías*, nº1.

Rondó, P. and Souza, M. (2007). Maternal distress and intended breastfeeding duration. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, March; 28 (1):55-60.

Taveras, EM; Capra, AM; Braveman, PA; Jensvold, NG; Escobar, GJ and Lieu, TA (2003). Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated With Breastfeeding Discontinuation. *Pediatrics*, Vol. 112, No.1, July. 108-115.

Smith LJ. (2007). Impact of birthing practices on the breastfeeding dyad. *Journal of Midwifery Womens Health*. Nov-Dec; 52(6): 621-30.

Thoman, E.; Conner, RL and Levine, S. (1970). Lactation suppresses adrenal corticosteroid activity and aggressiveness in rats. *Journal of Comparative Physiological Psychology*, Vol. 70, No. 3, 364-369.

Villamarín, F. y Álvarez, M. (1998). Modelos sociocognitivos en Promoción de la Salud: un análisis conceptual, *Psicologemas*, 12 (24),161-204.

Wells, K., Thompson, N. and Kloeben-Tarver (2006). Development and Psychometric Testing of The Prenatal Breast-feeding Self-Efficacy Scale. *American Journal of Health Behavior*, Mar/Apr, 30, 2.

World Health Organization (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.

Ystrom, E.; Niegel, S.; Klepp, K. and Vollrath, M. (2008) The impact of Maternal Negative Affectivity and General Self-Efficacy on Breastfeeding: The Norwegian Mother and Child Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, January 2008, 152: 68-72.

ANEXOS

Anexo 1. Ejemplo de entrevista (madre LM).

ENTR: Tu experiencia con la lactancia, ¿cómo empezó?, ¿por qué...

E007: Yo quería dar el pecho a la cría, eso sí lo tenía claro cuando nació la niña, por lo que había leído se da de 6 meses a un año. Yo tenía esa idea, no me pensaba que le daría el pecho el tiempo que le di. Pero, bueno, empecé a leer cosas, primero en el hospital comentaron mucho el tema de la lactancia, tenían especialistas.

ENTR: ¿Cuando nació?

E007: Nació en el 2002, el 14 de enero. Y a partir de ahí no estaba solo la comadrona que en un primer momento te la ponen al pecho, me la limpiaron y tal y me la pusieron al pecho nada más nacer, pero estaba dormida la pobre, la tenía que despertar para que mamara.

ENTR: Te la dieron enseguida en unos minutos

E007: Sí. La limpiaron un poquito, la nariz, eso que le hacen y luego me la pusieron al pecho y ya mamó. Y luego tuve como grietas en un pezón, se dice grietas, no?

ENTR: Sí

E007: Tuve grietas en un pezón y también se preocuparon mucho de que la niña mamara, me vieron la postura, me vino una persona los dos días que estuve por la mañana y por la tarde, a ver qué tal se enganchaba la niña. Tenían una atención personalizada para la lactancia. Y yo creo que eso a mí me sirvió. Y luego, leí mucho también por Internet, el tema de la leche, porque yo no tenía esa visión para nada, un desconocimiento sobretodo. Entonces a partir de las primeras inquietudes, que yo veía que a mí me gustaba dar el pecho, que la niña se calmaba, pues pensé, otras, que realmente eso podía estar muy bien. Y empecé a leer otras cosas.

ENTR: A leer de Internet...

E007: Sí.

ENTR: A nivel internacional?

E007: Sí, la Liga de la Leche leí, mucha cosa. La liga de la Leche está en EEUU, ¿no?

ENTR: Sí.

E007: Pero eso es un movimiento internacional, aquí también hay, ¿no?

ENTR: Sí, sí.

E007: Y allí además, la pediatra también coincidió que ella potenciaba mucho el tema de la lactancia. Lo que sí me marcaba mucho era el tema de las horas, cada 3 horas. Sabes, este tipo de cosas...Pero no era una persona muy cerrada, "pero hombre, es que me va pidiendo cada dos", ella decía, "pues como tú veas". Pero sí, me planteó cada 3 horas para que tenga unos horarios...Pero yo vi que no servía mucho eso. Y entonces preferí ir a mi aire. Empecé a ver que otra gente pensaba otras cosas, que era lo que yo más sentía. Porque en el fondo tú ves que no coincide lo que te dicen con lo que tú sientes. Yo veía que aquello cada 3 horas no...

ENTR: Qué beneficios veías?

E007: Jolines, que la niña crecía muy bien, que estaba muy tranquila, que a mí me gustaba también, que creaba un vínculo chulísimo, me parecía precioso, de comodidad también, hacer un biberón era un rollo, me parecía lo más cómodo del mundo, sacabas la teta y ya está.

ENTR: ¿Y de aspectos, así negativos, que vieras alguna incomodidad?

E007: Negativo, no, negativo me encontré por parte de mi pareja por las noches con el pecho, pero no cuando era pequeña, sino cuando era más mayor. Cuando es más mayor te encuentras problemas de la familia que no entiende que le des el pecho a una niña de dos años, problemas de tu pareja que cree que ya le has dado bastante, que por las noches considera que no duerme toda la noche de un tirón porque le das el pecho. Pero te das cuentas ahora ves las amigas igual o la gente más cercana que te explica todo esto, que no le da el pecho y le da el biberón y se despierta muchas más veces que Helena, cuando Helena se despertaba una vez por la noche, le daba la teta, se quedaba fritica en 5 minutos, qué molestia era esa, ninguna. No, es que tiene que dormir sola, en su habitación, sin teta,...un poco porque vas con ese chip, no?. Y como yo en ese momento tampoco tenía gente de confianza, tenía igual alguna duda, pero yo seguía haciendo la mía, la verdad. Un poco yo respetaba lo que yo sentía. Ha sido eso, en el fondo. Luchando contra todos los elementos. Contra mi propia familia que también pensaba que era un exceso, contra la familia política, el marido, es que ha sido así.

ENTR: Y que te ayudara, ¿qué son las cosas que te ayudaban? ¿Lo que tú ibas sintiendo?

E007: Sí, eso era lo que me daba fuerza, que la niña estaba bien, que lo que le estaba sentando bien a la niña era eso, yo tenía esa sensación, claro, de que le iba fantástico, que la relajaba, es que la teta no sólo era alimento. Igual cuando es más pequeña sí que lo ves que es sólo alimento, no? Pero veía que le relajaba. Pero cuando la niña tenía dos años, veía que otros niños de dos años tenían muchas rabietas, Helena no tenía rabietas. No sé si tenía que ver con el pecho, pero yo veía que con el pecho se relajaba. El contacto físico conmigo, yo creo que a la niña le iba muy bien. Entonces como yo creía que a la niña le iba muy bien, todo lo demás me parecía irrelevante.

ENTR: Alguien que dijera "¡qué bien lo estás haciendo!"?

E007: Alicia, quizás, que es comadrona, una amiga, que por lo menos ella ha tenido una visión diferente, me decía "pues muy bien", yo lo he visto que lo está haciendo, que no estás sola, que hay otros movimientos de gente que lo hace. Y luego me metí (en Internet) la asociación Alba para ver alguna cosa, y vi que hacían esto de la Ciudadela, pero nunca contacté. Igual me hubiera servido porque hubiera visto otros referentes como yo, porque yo me veía sola, la gente me miraba raro, pero es que me daba igual, me parecía más importante que la cría...

ENTR: Supongo que tu refuerzo era más interno tuyo, que veías que...

E007: La niña estaba bien, para mí era fundamental. Es la sensación, es que es una sensación como muy animal, no? Es que no puedo definirlo de otra manera, porque no es una cosa racional.

ENTR: Más instintiva

E007: Exactamente, más instintiva. Y que la cosa está yendo bien.

ENTR: Claro porque tú tenías el pediatra allí

E007: Sí, cuando vine aquí fatal, este pediatra sí que tela marinera. Vine con 9 meses de allí y le dije "es que sólo le doy el pecho" con 9 meses. Lo que encontré aquí fue tremendo, tremendo es la palabra. Ella a partir de los 6 meses empezó a comer, los consejos de allí eran primero darle cereales, y luego fruta, y sí, no es comiera mucho, pero allí daban dos veces al día, y aquí eran 3, así como con mucho protocolo, no? Pero allí tenían otro protocolo, para mí era un trastorno, porque allí aconsejaban unas cosas de comer, un protocolo muy diferente al que había aquí. De hecho me traje las revistas de allí, con los protocolos de allí, simplemente para comparar y decir, qué barbaridad, cada uno dice la suya, esto no tiene ni pies ni cabeza. En cuanto a alimentos que no se podían comer, horarios, nada que ver. Entonces la pediatra me

dijo, bueno, si tú le das pecho, la pediatra de EEUU pues no hace falta que le des leche en polvo, entonces tú le das teta y luego cereales con agua o con zumo, por ejemplo, por la mañana. Y el pediatra de aquí me dijo que qué barbaridad, que la niña estaba muy baja de peso y era porque yo no estaba respetando para nada los criterios que decían que con la leche no es bastante materna y que con 9 meses se tenía que tomar la leche en polvo.

ENTR: Leche en polvo?

E007: Leche de fórmula, claro, con los cereales porque así la niña engordaría más, que seguramente mi leche era insuficiente y que por lo tanto...y yo lo intenté, soy una mala madre, es que te lo ponen...y entonces le intenté dar leche en polvo con los cereales. Total: que la niña no me comía ni la leche en polvo ni los cereales porque ella estaba acostumbrada a comer cereales...y a parte es que allí los cereales no tienen azúcar y aquí sí, con lo cual, un mogollón, yo le daba sémola, prescindí de los cereales de aquí, entonces iba comiendo. Pero sí, sí, el pediatra me echó una bronca tremenda. Con lo cual, pasé del pediatra, pasé de todo, no hice caso de nada, ni del pediatra ni de nada.

ENTR: Y seguiste haciendo...

E007: Sí a mi bola total.

ENTR: Y luego estuvo hasta los 2 años y medio, ¿verdad?

E007: A los 2 años y medio le daba una vez al día. Fui dándole una vez al día desde los 2 años y medio hasta los 3, puede sonar un poco raro...

ENTR: Noo

E007: Porque por la noche ella se dormía sin teta, pero al mediodía no podía dormir. Yo creo que fue ahí...no se podía dormir la siesta, entonces yo me iba a comer a casa, le daba el pecho y se quedaba frita, y así estuvimos medio año bien bien, hasta casi los 3.

ENTR: Y entonces ella ya no...

E007: No, bueno fui yo la que decidí que no. Yo creo que ella hubiera seguido.

ENTR: Porque un día le dijiste que no y ya está.

E007: No sé por qué, porque iba a casa de mi suegra y ya no le podía dar el pecho, algún día ya no tomaba, hasta que al final...y luego

empezó el cole también, o la guardería, no sé muy bien, deja que piense. Yo creo que fue que había días que se quedaba a comer a casa de mi suegra y yo claro, no podía ir hasta allá porque no me daba tiempo y fue así un poco. Un día sí, otro no, yo creo que ella hubiera seguido mamando más, al menos una vez al día.

ENTR: Pero eso no es una cosa de decir, no, yo no te doy, es que por circunstancias

E007: Exactamente. Yo dije "va, en una semana, le quito el pecho" pero vi que era muy traumático para ella. Yo cuando tenía 2 años y medio, que fue un verano, y digo: "va, lo vamos a dejar". Pero la cría lo llevaba tan mal tan mal y vi que, claro, yo no sabía como se destetaba, no sabía nada. Y vi que claro, así no se debía hacer porque la niña no reaccionaba bien, con lo cual lo que fui haciendo fue disminuyendo poco a poco.

ENTR: Sí, a veces es la forma natural

E007: Pero también he visto gente que desteta en pocos días. Me dio la impresión que así era menos traumático para ella. Entonces si ella luego quería mamar una vez al día, que era para dormir la siestecilla, pues a mí tampoco me parecía un problema, ni para mí ni para ella. Pero darle el pecho así de manera constante hasta los 2 años y medio.

ENTR: Sí, hay muchos que se mantienen así hasta los 5 años, mamando una vez al día para dormir.

E007: Yo creo que ella hubiera sido esa opción, pero sí tenía una presión...

ENTR: Ahí era cuando tenías más presión

E007: Sí, de mi pareja, que era una barbaridad darle de mamar a una niña tan mayor, que qué barbaridad. Yo creo que Helena igual cuando hubiera empezado a comer en el cole, igual sí que se hubiera perdido de forma natural, o yo no hubiera tenido más leche, es que no lo sé. Pero es que yo aunque fuera una vez al día ya podría.

ENTR: Por qué crees que la gente no le da, que no da el pecho?

E007: Jolines porque no hay ningún apoyo, un desconocimiento terrible, luego está también el tema laboral, es muy complicado, si una mujer está todo el día fuera de casa. Muchas mujeres con las que he hablado me dicen "es que estoy todo el día fuera", entonces es como complicado dar el pecho. Pero yo creo que es falta de información,

muchas falta de información, los pediatras, la sociedad en general que no lo entiende.

ENTR: ¿Y por qué crees que hay otras que sí?

E007: Ahora me decía la enfermera del pediatra que había más mujeres, que había como un movimiento, que está como más generalizado, un movimiento general de apoyo a la lactancia de nuevo, puede ser mujeres que no hayan dado el pecho tanto tiempo al haber un apoyo externo, que eso va bien para el niño, puede ser que eso haga algo. Pero yo creo que la información que te dan, la presión y todo es para que tú no des el pecho, yo lo vivo de esa manera, es decir, que quien decida el pecho es una opción de lucha continua en contra de todo, los pediatras, los hospitales, vamos, yo lo he vivido así.

ENTR: Has dicho que la familia al principio no te decía nada nada

E007: No, era mucho más: cuando la niña tenía un año y pico la familia no decía nada, en el momento que la niña empezó a hablar, a tener dientes, ¿sabes? A decirme "mama quiero teta", pues es cuando la gente "pues como puede ser que la niña te verbalice" "mama qué buena está la teta", ¿sabes? (risas) Entonces la familia me empezó a decir que aquello era una barbaridad. Es absurdo, ¿no? Parece que un niño que no tenga dientes y que no hable que pueda mamar, a partir de ahí ya nada. La niña se está comiendo unos macarrones con tomate y un trozo de carne y acaba y dice "mama, vamos a dormir y me das teta buena" (risas). La familia ya se quedaba horrorizada, o estás en un restaurante y la niña "mama quiero teta" (risas) y la familia se queda así... O como mi cuñado que me decía que eso era aberrante, "es que es aberrante, es que le vas a hacer daño a la niña", una niña que te habla así, porque ella hablaba mucho con 2 años y medio y tenía un vocabulario tremendo. Me razonaba por qué quería teta y por todo. Le parecía una cosa aberrante, me acuerdo.

ENTR: Y los amigos?

E007: Pues los amigos mira, de todo, nadie se ha metido diciendo qué barbaridad, pero una cosa rara sí. Pero en general los amigos no se meten tanto.

ENTR: Al pediatra le has dicho que has continuado?

E007: Al final a este pediatra se lo ocultaba. Este pediatra es cuando llegué que todavía estaba en Ripollet y luego cuando me cambié aquí sí, a esta pediatra le decía, pasaba más de mí. Por ejemplo, a mi médico de cabecera cuando le decía que no podía tomar según qué cosas, pero cuantos años tiene tu hija? 2 años y medio, bueno, también

le parecía correcto. Me he encontrado gente de...el pediatra cuando llegué aquí que estuvo siguiéndole hasta 1 año y 2 meses, 1 año y 3 meses, no, con lo cual yo pasé de él. Me daba una sensación como de vértigo porque no tienes otros apoyos y dices qué barbaridad como es posible que no le des leche de fórmula, y yo pensaba "para qué quiero, pero es por tu lógica, si tú tienes leche para qué le voy a dar leche de fórmula. Incomprensible totalmente.

ENTR: ¿Beneficios para ti?

E007: Beneficios para mí. Muchos. Hay un beneficio psicológico y de una interacción con la cría muy especial. Y por ejemplo, lo que me decían mucho es que la niña sería muy dependiente, que dependía mucho de mí, porque dependía del pecho. Y es totalmente lo contrario, ella es muy independiente, yo creo que refuerza la autoestima del niño, es esa sensación. Tampoco tengo nada que me lo haya...Pero también era una consigna que me daba mucho la familia, es que va a depender mucho de ti, es que va a ser una niña muy pegada a su madre, muy dependiente de su madre, que sólo está por ti, y no, era todo lo contrario, al revés, era una niña que tenía una confianza en sí misma y una autoestima muy importante que para nada es dependencia mía, la niña tiene 5 años y yo la veo todo lo contrario, una niña muy independiente, o sea que yo no veo...eso para mí era un machaque "es que todo el día está colgada de ti" es que como va estar si es un bebé, como va a estar, que sea independiente con 3 años o 3 años y medio.

Anexo 2. Determinantes del PRECEDE: definición y preguntas

PRECEDE	Factores	Definición	Pregunta entrevista
Factores Predisponentes	Información	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información previa o información errónea • Acceso a la información • Fuentes de información 	<p>¿Tenías información sobre la lactancia materna? Donde obtenía la información. Si hizo preparación al parto o no Seguimiento ginecólogo/ a o comadrona</p>
	Autoeficacia	Confianza en la propia capacidad para amamantar	Antes de dar el pecho, ¿cómo te veías de capaz de amamantar a tu bebé?
	Beneficios/ Barreras percibidos	Balance entre beneficios y costes.	<p>¿Para ti qué ventajas te supone el dar de mamar? ¿Con qué obstáculos te has encontrado?</p>
	Norma Subjetiva	<p>Percepción subjetiva de las presiones sociales para llevar a cabo la lactancia. Qué es lo que hacen las mujeres de su alrededor</p>	<p>Preguntas en relación a si las mujeres de su entorno (madre, suegra, hermanas, amigas) lactan o no. Cuál cree ella que es la norma, lactar o no.</p> <p>¿Por qué lactan las mujeres? ¿Por qué no?</p>
	Valores y Creencias	Tanto en relación a la práctica de la lactancia como en referencia a la lactancia artificial. Qué valores y creencias tenían previamente a la lactancia.	Se deducían de la conversación.

Factores Facilitadores	Habilidades para lactar (postura) como para influir en el entorno (disminuir dificultades y amenazas).	¿Sabías como lactar antes? ¿Habías visto dar de mamar?	
	Accesibilidad (instrumentos, centros y servicios)	Existencia y accesibilidad de instrumentos (guías de lactancia, sacaleches), centros y servicios (grupos de apoyo, profesionales formados). Se trata de accesibilidad tanto física como económica, horaria, psicosocial, relacionada con el trato, etc.	Se pregunta si se acudió a algún grupo de apoyo a la lactancia, si cabe. Se recogen las opiniones en relación a los profesionales (especialmente en el momento del parto y estancia hospitalaria, y posteriormente pediatra, enfermería pediátrica, comadronas).
Factores Reforzantes	Respuestas agentes clave	Respuestas de agentes clave del medio (pareja, familia, grupo de iguales (grupo de apoyo), profesionales sanitarios)	¿Qué decía/ opinaba la pareja, familia...?
	Respuestas de la propia mujer	reconociéndose o no los propios logros	Se deducía de la propia entrevista
	Beneficios/ perjuicios físicos y emocionales	placer, dolor, comodidad	¿Qué piensas o sientes al dar de mamar?
	Consecuencias tangibles	beneficios económicos, ahorro de costes	No se preguntó específicamente