

FACTORES PROMOTORES, DIFICULTADES Y ESTRATEGIAS PARA EMPRENDER Y CONTINUAR LA LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA: LA VOZ DE LAS MUJERES

FACTORS THAT PROMOTE, HINDER, AND SUPPORT PROMOTION, HINDERING AND STRATEGIC FACTORS TO BREASTFEEDING IN SPAIN: THE VOICE OF WOMEN

Mariana Loezar-Hernández

Enfermera

Máster en Investigación y Cuidados de Enfermería en Poblaciones Vulnerables

Diplomada en Estudios de Género con especialidad en Políticas Públicas y Masculinidades

Dra. en Cuidados Integrales y Servicios de Salud

Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida, Lleida, España

Grup de Reserca en Cures en Salut (GRECS), Institut de Reserca Biomedica (IRB), Lleida, España

mariana.loezar@udl.cat

<https://orcid.org/0000-0003-4525-2300>

María del Mar Pastor-Bravo

Enfermera

Máster en Estudios de Género

Dra. en Ciencias de la Enfermería

Escuela de Enfermería de Cartagena, Cartagena, Murcia, España

ENFERAVANZA, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Arrixaca)

mariadelmarpastorbravo@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9831-470X>

Sofía González-Perea

Enfermera

Escuela de Enfermería de Cartagena, Cartagena, Murcia, España

sofiagp1031@gmail.com

Erica Briones-Vozmediano

Máster en Igualdad de Género

Especialista Universitaria en Cultura y Violencia de género

Dra. en Salud Pública

Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Lleida, Lleida, España

Grup de Reserca en Cures en Salut (GRECS), Institut de Reserca Biomedica (IRB), Lleida, España

Grupo de Investigación en salud, educación y cultura (GESEC), Universidad de Lleida,
Lleida, España
erica.briones@udl.cat
<https://orcid.org/0000-0001-8437-2781>

Artículo recibido el 4 de julio de 2023. Aceptado en versión corregida el 01 de diciembre de 2023.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar factores promotores, dificultades y estrategias para el inicio y continuación de la lactancia materna (LM), en base a la experiencia de mujeres lactantes. **METODOLOGÍA:** Estudio cualitativo fenomenológico realizado en la Región de Murcia (España) en el 2019. Se reclutaron a veintisiete mujeres que alimentaron a sus hijos/as con LM en el periodo de 2012-2018 mediante una asociación de LM y un muestreo de bola de nieve. Se realizaron entrevistas personales abiertas y un análisis temático de las transcripciones. **RESULTADOS:** Se estructuraron en tres temas: 1) Facilidades para el inicio y mantenimiento de la LM, 2) Dificultades ante la LM y 3) Estrategias utilizadas por las mujeres para solventar las barreras. Mientras que la motivación para amamantar y el apoyo recibido facilitaron la LM, las barreras más comunes se relacionaron con miedos e inseguridades personales, cansancio, problemas físicos y la respuesta social frente a la LM. Los motivos de abandono fueron el déficit de producción de leche, la incorporación laboral y la actitud del bebé. Las participantes desarrollaron autocuidados, búsqueda de información y asociaciones de LM y estrategias de conciliación familiar-laboral para paliar las dificultades. **CONCLUSIÓN:** Es necesaria una mayor implicación por parte de las/os profesionales de la salud para apoyar a las mujeres a través de la herramienta de educación para la salud, el apoyo por pares y medidas institucionales que favorezcan la LM en el lugar de trabajo.

Palabras clave: Lactancia materna, destete, madres, Educación para la salud, Enfermería, investigación cualitativa.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify promoting factors, difficulties, and strategies related to the initiation and continuation of breastfeeding (BF), based on the experiences of breastfeeding women. **METHODOLOGY:** A phenomenological qualitative study conducted in the Region of Murcia (Spain) in 2019. Twenty-seven women who breastfed their children from 2012 to 2018 were recruited through a breastfeeding association and snowball sampling. Personal open interviews were conducted, and a thematic analysis of the transcriptions was performed. **RESULTS:** The findings were organized into three themes: 1) Facilitators for the initiation and maintenance of BF, 2) Difficulties faced during BF, and 3) Strategies employed by women to overcome the difficulties. While the motivation to breastfeed and provision of

support facilitated BF, common challenges were noted, including personal fears and insecurities, fatigue, physical problems, and societal response to BF. Reasons for discontinuation included low milk production, the need to return to work, and the baby's attitude. Participants developed self-care practices, sought information, joined breastfeeding associations, and implemented work-family reconciliation strategies to address the challenges. CONCLUSION: Greater involvement from healthcare professionals is necessary to support women who breastfeed through health education, peer support, and institutional measures that promote BF in the workplace.

Keywords: Breast feeding, weaning, mothers, health education, Nursing, qualitative research.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.34.3.561-576

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) se considera la forma de alimentación ideal en la infancia¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda su inicio en la primera hora de vida y continuar con ella de forma exclusiva (LME) durante los primeros seis meses¹. Posteriormente, se complementa con alimentación sólida o líquida que sea segura y nutricionalmente adecuada². Sin embargo, solo el 38% de los menores de 6 meses reciben LME en todo el mundo¹, siendo los países de rentas bajas los que mayor prevalencia tienen en LME^{3,4}. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2017, en España la prevalencia de LME a los 6 meses es casi del 40%⁵.

La LM favorece el sano crecimiento y desarrollo integral, mejora el desarrollo psicomotor, emocional y social⁶. Previene la mortalidad infantil y disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante⁷. También, actúa como factor protector frente a enfermedades gastro-intestinales y disminuye la probabilidad de diabetes y obesidad infantil^{4,8}. Para las madres, reduce la probabilidad de desarro-

llar depresión postparto⁹; de padecer cáncer de mama y podría proteger frente al cáncer de ovario y la diabetes tipo 2⁴. Socialmente, no genera ningún tipo de coste económico, contribuye a una mejor distribución del presupuesto familiar⁶ y disminuye los gastos en salud. Incrementar la LM permitiría ahorrar al menos 197 millones de euros por año y 464 € por niño nacido como consecuencia de la menor prevalencia de gastroenteritis, otitis media, enterocolitis necrotizante e infecciones respiratorias¹⁰.

Se ha relacionado con el éxito de la LM la educación universitaria, embarazos únicos, deseo de amamantar, ausencia de problemas en el primer mes de vida del niño/a, apoyo e información por parte de profesionales sanitarios^{11,12} y la no suplementación durante la estancia hospitalaria¹². Por el contrario, algunos factores que se relacionan con un abandono precoz de la LM son: tabaquismo durante la gestación, prematuridad y recién nacidos con un peso menor de 2.500 g¹¹, parto por cesárea¹³,

trabajo productivo y sobrecarga laboral¹⁴, autopercepción de falta de leche¹⁴⁻¹⁶, estigmas socioculturales¹⁷ y la falta de apoyo de familiares y amigos/as¹³.

La literatura previa en España ha documentado las dificultades a las que se enfrentan las mujeres para dar LM: dolor, cansancio físico y mental, falta de libertad, falta de apoyo, presión e inseguridad¹⁸⁻²⁰ pasando por alto los elementos facilitadores y las estrategias implementadas para mantener la LM. El presente estudio tiene como objetivo identificar factores promotores, dificultades y estrategias para el inicio y continuación de la LM en base a la experiencia de mujeres lactantes.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Estudio cualitativo exploratorio con perspectiva fenomenológica realizado en la Región de Murcia (España) en el año 2019. Para el diseño de este estudio se siguió la guía COREQ para la realización de estudios cualitativos.

Participantes

Se seleccionaron mediante un muestreo intencional a 27 mujeres según

los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad, hablar el castellano con fluidez, haber dado a luz en los últimos tres años y haber decidido dar LM. Se contactó con las participantes a través de una asociación de LM y mediante un muestreo en bola de nieve se reclutaron a otras mujeres hasta llegar a la saturación de los datos. El rango etario de las participantes fue entre 19 y 38 años, todas fueron atendidas por los servicios públicos de salud durante el periodo gravídico-puerperal, la mayoría poseían un nivel educativo medio-alto, trabajaban productivamente fuera del hogar, convivían con sus parejas o esposos y tuvieron un parto eutócico. Sólo once de las entrevistadas consiguieron mantener la LME hasta los seis meses, nueve continuaron dando de lactar hasta el año, cinco hasta los dos años y dos tras los 24 meses. En once de las entrevistadas el inicio de la LM fue en el paritorio, mientras que transcurrieron horas para la primera toma en la mayoría de las participantes. Asimismo, a siete de los recién nacidos les dieron biberón durante la estancia hospitalaria, especialmente debido a la separación por cesárea, infecciones o hipoglucemia (Tabla 1).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico y obstétrico de las participantes (N= 27).

Características		Número de participantes (%)
Estado civil	Soltera	6 (22,2)
	Casada	21 (77,7)
Convivencia	Pareja/marido e hijo(s)	24 (88,8)
	Sola	1 (3,7)
	Con su madre e hijo	2 (7,4)
Nivel educativo	Primaria	2 (7,4)
	Secundaria	2 (7,4)

	Módulo profesional	11 (40,7)
	Bachiller	3 (11,1)
	Grado superior	2 (7,4)
	Universitario	7 (25,9)
Situación laboral	En activo	20 (74)
	En paro	2 (7,4)
	Estudiante	3 (11,1)
	Ama de casa	2 (7,4)
Número de hijos	Primer hijo	9 (33,3)
	Dos hijos	14 (51,8)
	Tres hijos	3 (11,1)
	Nueve hijos	1 (3,7)
Embarazo	Planeado y deseado	22 (81,4)
	No planeado y deseado	3 (11,1)
	Ni planeado ni deseado	2 (7,4)
Tipo de parto	Eutócico	18 (66,6)
	Instrumentado	5 (18,5)
	Cesárea	4 (14,8)
Recién nacido	A término	25 (92,5)
	Pretérmino	2 (7,4)
Inicio de la LM en paritorio	Sí	11 (40,7)
	No	16 (59,2)
Biberón durante estancia hospitalaria	Si	7 (25,9)
	No	20 (74)
Información en LM durante estancia hospitalaria	Si	14 (51,8)
	No	13 (48,1)

Procedimiento de recolección de datos

Las entrevistas fueron realizadas en lugares privados (como en sus casas), a elección de las participantes del estudio. Todas las entrevistas duraron entre 30-70 minutos, fueron grabadas y transcritas literalmente. Se registraron anotaciones de campo durante y al finalizar cada entrevista.

Análisis de datos

Las transcripciones fueron analizadas en paralelo a la recogida de datos siguiendo el diseño emergente de la

investigación cualitativa. MPB y SGP realizaron el análisis temático de los datos: pre-codificaron los datos de las primeras entrevistas y establecieron un índice de conceptos preliminares para identificar en el resto de las entrevistas; en las siguientes entrevistas nuevos códigos fueron añadidos al listado y al final todos los códigos se agruparon en categorías y subcategorías. Se utilizó el software Atlas.Ti como soporte para organizar la información durante el análisis.

Consideraciones éticas

Para proteger la confidencialidad de las entrevistadas se eliminaron los datos identificativos de las transcripciones y se le asignó un código a cada participante. Previo a la entrevista las participantes firmaron el consentimiento informado y otorgaron permiso para utilizar grabadora de voz. El estudio cuenta con el informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia.

RESULTADOS

Los resultados se estructuraron en tres temas: 1) Facilidades para el inicio y mantenimiento de la LM; 2) Dificultades ante la LM; 3) Estrategias utilizadas por las mujeres para solventar las barreras, con sus correspondientes subtemas.

Facilidades para el inicio y mantenimiento de la LM

Motivación para amamantar

Para las entrevistadas, los motivos para adoptar y mantener la LM fueron diversos, entre los cuales se destacaron: beneficios que supone para el/la bebé, creación de un vínculo con sus hijos/as y la satisfacción de poder hacerlo como mujer. Conocer experiencias gratificantes de otras mujeres también les influyó para tomar la decisión. Solo una de las madres refirió no tener claro el motivo por el que inició la LM más allá de seguir las normas sociales:

“La verdad que no sé por qué lo he hecho, empecé y lo llevaba bien y seguí, pero después me enteré de que es bueno para ellos y por eso seguí con el segundo. Lo hablé con mi marido y pensamos que no

nos íbamos a estresar con eso, que lo que surgiera” (E14)

“Bueno, yo lo repetiría 100.000 veces, porque el vínculo que se crea madre-hijo, vamos esos momentos.... además, a mí me servía de relajación, yo me ponía con mi hija a darle de mamar, y para mí ese momento era único” (E15)

Apoyo recibido ante la LM

El apoyo recibido por las/los profesionales de salud, como las matronas del centro de salud o las enfermeras en el hospital, supuso un refuerzo a la decisión de amamantar. Estos profesionales les instruyeron en una correcta técnica previniendo las complicaciones y les resolvieron dudas y preocupaciones relacionadas con la LM.

“En el centro de salud la matrona me informó sobre los beneficios y la técnica correcta. Me dijo que era importante la técnica para no sufrir grietas o incomodidad para el bebé” (E6)

También recibieron apoyo por parte de sus amigas y familia, especialmente madres, hermanas o pareja. Algunas refieren como positivo el apoyo y consejos recibidos en asociaciones de lactancia.

“Además, en los grupos de WhatsApp de la asociación, enviaban artículos muy interesantes de los beneficios del bebé y de la madre. También fui a una charla sobre la técnica de amantar que me ayudó a saber si lo hacía bien o mal y compartía

mis problemas con las demás madres. En general me aportaban confianza y seguridad en mí (E4)

Dificultades ante la LM

Las entrevistadas describieron dificultades para continuar con la LM en el ámbito personal, social e institucional.

Dificultades personales

Dificultades del/de la lactante

Ante el aumento de peso insuficiente del/la lactante, algunas mujeres comenzaron con LM mixta que finalmente abandonaron. Otras madres decidieron interrumpir la LM cuando a sus hijos les salieron dientes y empezaron a morder, percibiendo que “se lo tomaban como un juguete”.

“Me costó mucho trabajo lo de LM porque mi hija no se me enganchara, además ella perdía mucho peso, entonces, durante los dos primeros meses fue lactancia mixta, o sea, biberón con el pecho, pero yo quería seguir intentándolo. Hasta que mi hija no cogió cuatro kilos, que ya realmente tenía fuerza para succionar, uhm.... me costó mucho trabajo” (E15)

“Solo que ya eran grandes y se lo tomaban como un juguete, tenían dientes y ya no se alimentaban, sino jugueteaban. Preferían otro tipo de alimentación más apetecible” (E4)

Dificultades de las madres

Dificultades físicas. El cansancio y las complicaciones mamarias como grietas en el pezón, heridas, fisuras, sangrado, mastitis y dolor fueron las principales dificultades reportadas por las

mujeres para continuar la LM. También, el déficit o mala calidad de leche, que dificultaba la ganancia de peso de sus hijos/as, les ocasionaba sentimientos de inseguridad:

“Quise dar la LM con mis tres hijos hasta que me sentía agotada de no poder dormir. Seguía dando LM hasta que yo sentía que el esfuerzo no se veía recompensado. En ese momento parece que ese valor dejaba de tenerlo, se desvirtuaba. En ese punto corté la lactancia con los tres” (E17)

“Pasé mastitis, fiebre, los pezones me sangraban, agitación por amamantamiento, como le daba a demanda no dormía nada, con dos años todavía hacía una toma de madrugada, dolor de espalda por la posición... en fin, ser mami no es nada fácil (ríe)” (E21)

Dificultades psicológicas. Las mujeres entrevistadas refirieron preocupaciones y miedos relacionados con la técnica de amamantamiento como una limitación a la hora de iniciar y mantener la LM. Asimismo, la pérdida de independencia personal y sobrecarga hizo que algunas mujeres se cuestionaran si realmente les compensaba seguir con la LM. Esto se vio influenciado por la percepción de estar creando dependencia en sus hijos/as al mantener por un tiempo más prolongado la LM. Las dificultades derivadas de la LM son un condicionante para la elección de esta forma de alimentación en futuros hijos/as.

“Ha sido muy esclavizante como madre para mí... he tenido que dejar de trabajar casi un año y medio porque mi hija no

quería quedarse con nadie y no quería estar con nadie. No podía ni hacer una comida para el resto de mi familia, no poder atender mis cosas, no poder ir ni a comprar tranquila. Creo que la leche de fórmula de hoy en día está muy bien y no tiene nada que envidiarle a la leche materna. Y también te dan una independencia y puedes dejar a la niña con su padre, con su abuela, o con una amiga. Muchísima más libertad y se cría a un niño, yo creo, más independiente” (E18)

“Fue una experiencia traumática, te explico. A ti te dicen que es lo mejor para tu niño, cosa que no dudo, pero cuando vi todos los problemas que tenía, todos los dolores, etc., no podía con esa situación y me agobiaba. Cuando tenga otro niño no sé si volveré a dar LM, lo pase muy mal” (E8)

Dificultades a nivel social

Falta de información por parte de las/los profesionales sanitarios

Los resultados muestran como la falta de apoyo de los profesionales sanitarios supone una barrera para el inicio y continuación de la LM. De hecho, 13 de las participantes no recibieron información en el hospital y solo 11 iniciaron la LM en el paritorio a pesar de que la mayoría tuvo un parto eutócico.

“Nadie se acercó a mí para informarme o ver cómo lo estaba haciendo (se queda pensativa). La enfermera en el hospital solo me dio unos folletos para que los mirara” (E21)

“Nadie me informó sobre la LM, ni me enseñaron ninguna técnica, ni recibí

ninguna ayuda ni nada, recuerdo que eso me enfadó un poco en el hospital” (E8)

Consejo de abandono por los profesionales

Otra dificultad que encontraron algunas participantes fue el consejo del personal sanitario de interrumpir la lactancia. Una de las entrevistadas afirmó que le aconsejaron abandonar la lactancia del primer hijo al quedar nuevamente embarazada para evitar posibles celos entre hermanos.

“Cuando el niño tenía un año, año y medio, el pediatra me aconsejó que cortara la LM, que eso le estaba creando a mi hijo dependencia, pero eso es mentira porque he leído sobre la lactancia y hay estudios que demuestran que totalmente lo contrario” (E26)

“Interrumpí la LM porque me lo dijo el pediatra que como me quedé gestante me dijo que iba a tener un problema cuando naciera el segundo [hijo] no entendería porqué compartía el pecho con el otro y le darían celos así que le hice caso” (E14)

Reprobación social

Las mujeres también destacaron experiencias a nivel social que las desmotivaron o influyeron en su decisión de mantener la LM en sus hijos/as. Por ejemplo, las dificultades de dar LM en público sin sentirse observadas y/o juzgadas por otras personas. La falta de apoyo a nivel familiar es otro de los motivos, relacionado a falta de información de los beneficios de la LM y también con la mantención prolongada de la misma, conforme aumenta la edad de los

hijos/as.

“Luego por otros círculos familiares no me he sentido apoyada, en el sentido de que me han dicho que incluso parecía una vaca, que eran muchos meses, que eso de ir con el niño colgando, que perdía la independencia, que me miraban, cuando me ponía el niño al pecho en cualquier sitio, porque al ser a demanda no es cuando tú decides sino cuando el niño quiere engancharse a la teta pues lo pones. Y la gente te mira y es incómodo” (E24)

“Porque la familia por parte de mi marido no estaba de acuerdo, ellos no piensan lo mismo que yo y lo veían como algo extraño, incluso me decían que la LM no servía, que el niño no iba a crecer, que no iba a coger peso, que yo me iba a poner gordísima, que lo dejara” (E25)

Dificultades a nivel institucional

Salas de lactancia

Las participantes refirieron no sentirse cómodas en las salas de lactancia habilitadas en distintos espacios públicos, debido al estado o lugares de dichas salas.

“Me senté en mi mesa en una silla, el restaurante estaba vacío y me puse a darle el pecho y vino un camarero y me dijo “perdona tenemos sala de lactancia” y yo pues “¡qué bien!”, cuando llego a dicha sala me doy cuenta de que era un sillón en el váter, anexo al propio váter me encuentro con un mini sofá, eso era el lugar de la lactancia. Eso fue para mí un momento angustiioso, no me gustó nada, me enfadó muchísimo, porque yo no voy a comerme un bocadillo al aseo, no tengo porque darle a mi hija el pecho en un aseo.

Me sentó mal, me sentí mal por mí y por mi hija” (E19)

Incorporación laboral

Ante la reincorporación laboral tras la baja de maternidad, las participantes intentaron mantener la LM apoyándose del recurso del sacaleches. A pesar de ello, algunas la abandonaron por el cansancio y la percepción de que la producción de leche era insuficiente.

“Por el trabajo, cada vez le daba menos, porque tenía que sacarme cada vez más, empezó a tomar biberón en algunas tomas, y cuando llegaba de trabajar y me ponía a darle el pecho, ya no lo quería porque cada vez su demanda era mayor y ella sola se tiraba para atrás y apenas me salía” (E27)

Estrategias utilizadas por las mujeres para solventar las barreras

Autocuidados para paliar las dificultades personales

Ante los problemas y complicaciones relacionadas con la LM, las mujeres realizaron diversas prácticas de autocuidado. Por ejemplo, utilizaron cremas, baños de agua caliente y gotas de leche materna en el pezón; higiene minuciosa antes y después de las tomas; uso de dispositivos de ayuda como pezoneras y sacaleches tanto para mejorar el dolor y la mastitis, como para extraer y conservar la leche. Por otra parte, durante la LM, las madres refirieron establecer una dieta rica y variada, “más sana” y aumentar su hidratación; especialmente aquellas con déficit en la producción de leche realizaron cambios específicos en la

alimentación.

“Antes de dar el pecho me lavaba por higiene, y por la propia piel tuya, después me volvía a lavar y me ponía una crema, no recuerdo el nombre, era para que no se me hiciesen grietas” (E16)

“Intentaba estar muy bien alimentada, comer verdura, estar muy hidratada, siempre tomaba algo de leche o de zumo antes de darle pecho al bebé, porque yo sí que notaba que tenía mucha sed cuando le estaba dando pecho al bebé, entonces siempre intentaba estar hidratada, hacía mis cinco comidas diarias, y la verdad es que comía de todo, no restringí ningún alimento” (E25)

Estrategias para paliar las dificultades sociales

Ante la falta de información recibida sobre la LM, las participantes recurrieron a la búsqueda de información en Internet, revistas, libros, la experiencia de otras madres y asociaciones de lactancia. Para evitar los sentimientos negativos que generaban las miradas al amamantar en lugares públicos, las participantes buscaron sitios privados, poco transitados, se tapaban o llevaban preparados biberones de leche materna.

“Tuve que recurrir al internet. Allí me salió una Asociación de apoyo a la lactancia y me entró curiosidad, me leí algunos artículos que colgaban sobre los beneficios para el bebé y para mí y estaban bien. Así que de vez en cuando contactaba con ellos por si daban alguna charla por aquí. La verdad que me aportaban muchos consejos e información fiable” (E10)

Estrategias de conciliación para paliar las dificultades institucionales

Algunas consiguieron solventar la barrera institucional de la reincorporación a los 4 meses al trabajo gracias a la flexibilidad en el horario de sus trabajos o a reducciones de jornadas.

“Yo creo que el cogerte una reducción de trabajo es muy importante a la hora de dar LM” (E2)

“De hecho, tú fíjate que yo salía de mi trabajo para darle de mamar a ella, y luego, esas horas las recuperaba, no me importaba echar más horas después, con tal de darle de mamar a mi hija” (E15)

DISCUSIÓN

La motivación para amamantar y el apoyo social facilitan el inicio y mantenimiento de la LM. Mientras que factores como: el insuficiente aumento de peso del/la lactante; cansancio, complicaciones mamarias, dolor, miedo e inseguridad de las madres; disponibilidad y condiciones de salas de lactancia, facilidades para la conciliación de la LM con la incorporación al trabajo productivo fueron identificadas como dificultades a distintos niveles para las mujeres. Frente a este escenario, desarrollaron autocuidados y activaron redes a nivel social.

Dentro de los factores promotores para iniciar la LM se encuentra la motivación de las madres por los beneficios que ofrece al bebé esta práctica. Otros estudios^{13,16} también señalan la convicción y motivación de las madres como factor facilitador. Asimismo, el apoyo de familiares y amistades afecta positivamente la vivencia de la LM¹³, de

hecho, el conocimiento intergeneracional transmitido de madre a hija influye fuertemente en la decisión de continuar amamantando^{18,21,22}.

Los resultados indican la importancia del apoyo profesional tanto para promover la LM como para prevenir su abandono precoz, en línea con otros estudios^{21,23}. Los profesionales sanitarios deben aumentar las motivaciones de las madres, así como asegurar una correcta técnica que disminuya las complicaciones mediante un trato individualizado²⁴. En esta línea, el asesoramiento profesional postnatal tiene mayor efecto en el tiempo que únicamente el prenatal²⁵. Otras regiones españolas incluyen a la pareja y familiares en los programas de promoción de LM, lo que ha resultado positivo^{18,20-22}, y pone de manifiesto la necesidad de incrementar la participación de la pareja en los programas de educación perinatal.

Con respecto a las dificultades, se describen un aumento insuficiente de peso y la actitud del bebé ante la LM. Otro estudio¹⁵ evidencia que la pérdida de peso del lactante es un motivo fundamental de abandono. Por otro lado, se suman las dificultades físicas de las mujeres que incluyen complicaciones en las mamas, falta de producción de leche y cansancio. De hecho, las dificultades para solventar estos problemas se relacionan con el abandono precoz de la LM^{13,15,19}.

Los miedos e inseguridades por producir una mala calidad de leche puede llevarlos a una hipogalactasia subjetiva¹⁹, constituyendo la primera causa de abandono según algunos estudios¹⁴⁻¹⁶. Esta hipogalactasia subjetiva puede estar influenciada por terceras personas^{15,19,23}.

Entre las dificultades sociales descritas se encuentra el consejo de interrumpir la LM tanto por parte de las/los profesionales sanitarios como de la propia familia y círculo cercano. Este consejo suele justificarse por la escasa ganancia de peso del lactante²³, aunque también puede recomendarse ante un nuevo embarazo o porque el lactante ya no es un bebé²⁶. Si bien, otras mujeres que han practicado la LM en tándem afirmaron que promueve una relación más íntima entre madre, hijos y hermanos¹⁷. Los mensajes contradictorios entre los profesionales sanitarios también han sido descritos en otro estudio nacional¹⁹, así como que las mujeres se sientan apoyadas o no para dar LM dependiendo del enfoque y conocimientos del profesional que las atienden²⁶. La falta de apoyo de los profesionales sanitarios en la LM supone una barrera para su inicio y continuación^{16,19,20}.

En cuanto a la implementación de la LM durante la estancia hospitalaria, algunas participantes no iniciaron la LM en el paritorio, a pesar de ser un factor facilitador¹⁴ y recibieron biberón como suplemento, lo que se relaciona con un 60% menos de posibilidades de que las madres mantengan la LM durante el tiempo deseado¹³. Esto pone en evidencia la falta de implementación en las unidades de maternidad de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa propuestos por la OMS y UNICEF²⁷ que abordan aspectos como: política de alimentación infantil escrita que se comunique de forma rutinaria, asegurar de que el personal tenga las competencias y conocimientos para apoyar la LM, educar y dialogar con las familias sobre la importancia y el manejo

de la LM, facilitar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido, apoyar a madres y a padres a reconocer y responder a las señales de alimentación de sus hijos/as, entre otras. La aplicación de guías de buenas prácticas puede mejorar las cifras de LM tanto tras un parto eutócico como tras una cesárea, como muestra un estudio realizado en un hospital nacional²⁸.

Otras de las dificultades sociales descritas están relacionadas con la LM en público. En un estudio previo, el 40% de las participantes se sintieron incómodas al amamantar fuera de casa¹⁶. Este comportamiento se explica por normas socioculturales que determinan la práctica¹⁷ y puede generar sentimientos de ansiedad e inquietud en las madres, que pueden llevar a abandonar la práctica²⁹.

Las dificultades institucionales incluyen salas de lactancia y lugares habilitados, así como incorporación laboral por finalización de la baja de maternidad. La incorporación laboral supone el principal motivo para elegir la lactancia artificial y para iniciar la lactancia parcial debido a falta de tiempo, estrés, incompatibilidad de horarios, cambios en la frecuencia de tomas y dificultad para extracción y almacenamiento de leche en el trabajo^{14,16}.

Ante las dificultades personales, sociales e institucionales para el inicio y continuación de la LM las mujeres recurren a estrategias específicas que les permiten su continuación. Destacan los cuidados en las mamas, dispositivos de ayuda y autocuidados del pezón, debido a que se suelen reportar grietas y mucho dolor¹⁵. La estrategia de fomentar grupos de apoyo en lactancia tras la salida del hospital, incluso

a través de redes sociales, resulta más efectiva que el consejo individual²⁵. Un ejemplo de éxito es la utilización de una plataforma web de interacción entre nuevas madres y mujeres con experiencia en LM³⁰.

Frente a las reacciones ante la LM en público es necesario implementar políticas y campañas de concienciación social dando énfasis en los beneficios de la LM³. Para esto, hay que tener en cuenta no aumentar la presión social y culpabilización que ya sienten muchas de las madres que no desean o no pueden amamantar a sus hijos^{19,20}. Una licencia de maternidad más prolongada^{23,31}, instalaciones para almacenar la leche en el trabajo³², así como tener en el trabajo una sala para amamantar o para extraer la leche y descansos para hacerlo³¹⁻³³ contribuirían a aumentar el tiempo de lactancia.

Como limitaciones del estudio, no se realizó *member checking* volviendo a las participantes para que confirmaran los resultados. Sin embargo, se llegó a la saturación de datos en los resultados encontrados. Si bien la población de estudio estuvo delimitada a un área geográfica específica, los resultados pueden ser aplicables a contextos similares, como ha mostrado la similitud con estudios previos. Como fortaleza, se considera que las participantes tenían un perfil heterogéneo, incluyendo a mujeres con experiencias previas de maternidad y de diversas circunstancias socioeconómicas, lo que ha permitido triangular perspectivas.

CONCLUSIONES

Las mujeres necesitan recibir más apoyo e información sobre los beneficios de la LM por parte de los profesionales sanitarios, se necesitan campañas de concienciación social que apoyen la LM en público, habilitar salas que fomenten la continuidad de la LM en los centros de trabajo y la conciliación, y el apoyo por pares mediante asociaciones de LM o grupos de apoyo, que pueden realizarse online, especialmente ante la situación de pandemia actual. Sería de utilidad para las mujeres contar con un referente profesional en LM que contribuya a enfrentar las dificultades, dudas y preocupaciones que puedan surgir a lo largo de este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna [Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la Salud; 2003.
3. Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. 2016.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475–90.
5. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud. 2018. Nota técnica.
6. Unicef/MSDS. Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. Venezuela: UNICEF/MSDS; 2005.
7. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*. 2017;88:07–14. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>
8. Paca-Palao A, Huayanay-Espinoza CA, Parra DC, Velasquez-Melendez G, Miranda JJ. Asociación entre lactancia materna y probabilidad de obesidad en la infancia en tres países latinoamericanos. *Gac Sanit*. 2021;35:16876. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.002>.
9. Kendall-Tackett K, Cong Z, Hale TW. The effect of feeding method on sleep duration, maternal well-being, and postpartum depression. *Clinical Lactation*. 2011;2:22–6. <https://doi.org/10.1891/215805311807011593>
10. Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed J*. 2020;15:34. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00277-w>
11. Lechosa-Muñiz C, Paz-Zulueta M, Sota SM, de Adana Herrero MS, Del Rio EC, Llorca J, et al. Factors associated with duration of breastfeeding in Spain: a cohort study. *Int Breastfeed J*.

- 2020;15:79.
<https://doi.org/10.1186/s13006-020-00324-6>.
12. Gutiérrez Gutiérrez Antonio E, Barbosa Rodríguez Dianelys, González Lima Roxana, Martínez Figueroa Orayda. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Rev Cubana Enferm*. 2001;17:42–6.
 13. Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Segura-Fragoso A, Cobo-Cuenca AI, Laredo-Aguilera JA, Carmona-Torres JM. Mothers' Expectations and Factors Influencing Exclusive Breastfeeding during the First 6 Months. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;17:77. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010077>
 14. Miñano Mercado JA. Factores que influyen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de lactantes hasta 6 meses de edad [tesis doctoral]. Universidad Nacional de Trujillo; 2017
 15. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sanchez E. Maintenance of exclusive breastfeeding after three months postpartum: An experience in a health department of a Valencian Community. *Aten Primaria*. 2018;51:91–8. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.002>
 16. Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Publica*. 2016;90.
 17. Saus-Ortega C. Holistic approach to tandem breastfeeding, a qualitative study. *Aten Primaria*. 2020;52:55–6. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.010>
 18. Rodríguez-Vázquez R, Jiménez-Fernández R, Corral-Liria I, Cabrera-Fernández S, Losa-Iglesias ME, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R. Intergenerational Transmissible Meanings in Breastfeeding in Spain: A Phenomenological Study. *J Pediatr Nurs*. 2020;51:e108–14. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.12.017>
 19. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. *Enferm Clin*. 2019;29:207–15. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.003>
 20. Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Espinosa Cifuentes M, Gaminde Inda I, Payo Gordon J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Aten Primaria*. 2016;48:657–64. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.004>
 21. Pérez García DR, Valdés Ibarrollín MA. Acciones de salud sobre la familia para incrementar la lactancia materna exclusiva. *Medicentro Electrónica*. 2015;19:240–3.
 22. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Thierry X, et al. Breastfeeding initiation and duration in France: The importance of intergenerational and previous maternal breastfeeding experiences—results from the nationwide ELFE study.

- Midwifery. 2019;69:67–75. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.020>
23. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit* [Internet]. 2015;29:4–9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>
24. Cato K, Sylvén SM, Henriksson HW, Rubertsson C. Breastfeeding as a balancing act--pregnant Swedish women's voices on breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2020;15:1–9. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00257-0>
25. Rodríguez-Gallego I, Leon-Larios F, Ruiz-Ferron C, Maria-de-las-Mercedes L-C. Evaluation of the impact of breastfeeding support groups in primary health CENTRES in Andalusia, Spain: a study protocol for a cluster randomized controlled trial (GALMA project). *BMC Public Health*. 2020;20:1. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09244-w>
26. Ericson J, Palmér L. Mothers of preterm infants' experiences of breastfeeding support in the first 12 months after birth: A qualitative study. *Birth*. 2019;46:129–36. <https://doi.org/10.1111/birt.12383>
27. IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia). Pasos para ser IHAN. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/pasos/pasos-para-ser-ihan-hospitales/> [consultada 22/12/2020].
28. Gutiérrez Martínez M del M, González Carrión P, Quiñoz Gallardo MD, Rivas Campos A, Expósito Ruiz M, Zurita Muñoz AJ. Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un hospital materno infantil. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;93:e201911088.
29. Boyer K. The emotional resonances of breastfeeding in public: The role of strangers in breastfeeding practice. *Emotion, Space and Society*. 2018;26:33–40. <https://doi.org/10.1016/j.emospa.2016.09.002>
30. Gonzalez-Darias A, Diaz-Gomez NM, Rodriguez-Martin S, Hernandez-Perez C, Aguirre-Jaime A. “Supporting a first-time mother”: Assessment of success of a breastfeeding promotion programme. *Midwifery*. 2020;85:102687. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.10.2687>
31. Ares G, Girona A, Rodríguez R, Vidal L, Iragola V, Machín L, et al. Social representations of breastfeeding and infant formula: An exploratory study with mothers and health professionals to inform policy making. *Appetite*. 2020;151:104683. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104683>
32. Gebrekidan K, Fooladi E, Plummer V, Hall H. Enablers and barriers of exclusive breastfeeding among employed women in low and lower middle-income countries. *Sex Reprod Healthc*. 2020;25:100514.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100514>

- ³³. Cervera-Gasch Á, Mena-Tudela D, Leon-Larios F, Felip-Galvan N, Rochdi-Lahniche S, Andreu-Pejó L, et al. Female Employees' Perception of Breastfeeding Support in the

Workplace, Public Universities in Spain: A Multicentric Comparative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17176402>