

ORIGINALRecibido: 30 de junio de 2016
Aceptado: 23 de agosto de 2016
Publicado: 15 de septiembre de 2016

MOTIVACIONES Y BARRERAS PERCIBIDAS POR LAS MUJERES ESPAÑOLAS EN RELACIÓN A LA LACTANCIA MATERNA (*)

N Marta Díaz-Gómez (1), María Ruzafa-Martínez (2), Susana Ares (3), Isabel Espiga (4)
y Concepción De Alba (5).

(1) Universidad de La Laguna. Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Medicina, Enfermería y Fisioterapia. Campus de Ciencias de la Salud. Ofra. La Laguna. Tenerife.

(2) Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería. Edificio 23, Campus Universitario de Espinardo, Murcia.

(3) Hospital Universitario La Paz. Servicio de Neonatología.

(4) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Calidad y Cohesión.

(5) Hospital Universitario 12 de Octubre. Servicio de Neonatología.

(*) La realización de la encuesta on-line, de este estudio fue financiada por Philips Ibérica.

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: La lactancia materna (LM) por sus múltiples beneficios es la mejor intervención coste-efectiva en salud y debería constituir un objetivo prioritario de salud pública. El objetivo de este estudio fue conocer las motivaciones y barreras percibidas por las madres para iniciar o mantener la LM.

Métodos: Estudio observacional transversal con 569 madres residentes en España en 2013, con hijos menores de 2 años que cumplimentaron un cuestionario estructurado. Muestreo bietápico, estratificado por comunidades autónomas y no probabilístico en cada comunidad.

Resultados: El 88% de las madres daban LM o lo habían hecho. La edad media del destete fue 6.4 (DE 3.8) meses. El principal motivo para suspender la lactancia fue la sensación de baja producción de leche (29%) seguido de la incorporación al trabajo (18%). El 67% de las madres indicaron que la decisión de amamantar la habían tomado ellas mismas. La dificultad para combinar la LM con la actividad laboral (43%), dar el pecho en lugares públicos (39%), los despertares nocturnos (62%) y el menor aumento de peso del lactante (29%) fueron los inconvenientes más referidos. La incorporación laboral fue el principal motivo para elegir la lactancia artificial (34%) y para iniciar la lactancia parcial (39%).

Conclusiones: La dificultad para combinar la LM con la actividad laboral, dar el pecho en lugares públicos, los despertares nocturnos y el menor aumento de peso del lactante, fueron los inconvenientes más referidos. La incorporación laboral fue el principal motivo para elegir la lactancia artificial y para iniciar la lactancia parcial.

Palabras clave: Lactancia materna, destete, madres, lactantes

Correspondencia

N Marta Díaz-Gómez
Universidad de La Laguna
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Medicina, Enfermería y Fisioterapia
Campus de Ciencias de la Salud
Ofra
38200 La Laguna
Tenerife
nmdiaz@ull.es

ABSTRACT

Motivations and Perceived Barriers to Initiate or Sustain Breastfeeding among Spanish Women

Background: Breastfeeding for its multiple benefits is the best cost-effective health intervention and should be a public health priority. The aim of this study was to determine motivations and barriers perceived by mothers to initiate or to maintain breastfeeding.

Methods: A cross-sectional, observational study was carried in 2013 out among 569 mothers resident in Spain, with children under the age of 2, who completed a structured questionnaire. A two-stage sampling, stratified by Autonomous Communities and non-probabilistic within each community was used.

Results: 88% of the mothers were breastfeeding their children or had breastfed. At the time of the survey 66.6% had stopped breastfeeding, and the average age for weaning was 6.4 (SD 3.8) months. The main reason for stopping breastfeeding was maternal perceptions of insufficient milk supply (29%). The second reason was going back to work (18%). 67% of the mothers said that they made the decision to breastfeed on their own. The main disadvantages reported were: the difficulty to reconcile breastfeeding and work (43%), breastfeeding in public places (39%), more frequent nighttime awakenings (62%) and the reduced weight gain of the baby (29%). Going back to work was the main reason for choosing formula feeding (34%) and also for initiating partial breastfeeding (39%).

Conclusions: The main disadvantages reported were: the difficulty to reconcile breastfeeding and work, breastfeeding in public places, more frequent nighttime awakenings and the reduced weight gain of the baby. Going back to work was the main reason for choosing formula feeding and also for initiating partial breastfeeding.

Key words: Breastfeeding, Weaning, Mothers, Infants.

Cita sugerida: 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 Pública. 2016; Vol. 90; 15 de septiembre e1-e18.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) aporta beneficios para la madre y el lactante tanto en países en desarrollo como en países industrializados⁽¹⁻³⁾. La Asociación Española de Pediatría, la Academia Americana de Pediatría, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y muchos otros organismos nacionales e internacionales de salud, tras la evidencia científica acumulada, reafirman la recomendación de ofrecer LM exclusiva durante los primeros 6 meses y a partir de esa edad continuar con LM acompañada de alimentos complementarios hasta el primer año de vida o más, de acuerdo con los deseos de la madre y del lactante^(2,4,5).

La LM es la mejor intervención coste-efectiva sobre la salud del individuo, por lo que se debería considerar un objetivo prioritario de salud pública y no un estilo de crianza⁽⁶⁻⁸⁾.

Durante las últimas décadas se están haciendo muchos esfuerzos en el desarrollo de estrategias dirigidas a aumentar las tasas de LM sin que, a menudo, los resultados sean los esperados⁽⁹⁾.

Si bien, la mayoría de mujeres reconocen los múltiples beneficios de la LM, con frecuencia surgen barreras que les impiden amamantar durante el tiempo recomendado^(10,11).

Los beneficios de la lactancia materna en la salud de la madre y el niño a corto y largo plazo se conocen bien^(1,12). También se sabe que esta forma de alimentación está muy influenciada por factores del entorno social y familiar que rodea a la madre⁽¹³⁾. Varios autores han señalado que el éxito en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna es un proceso multifactorial, en el que intervienen no solo variables relacionadas con los cuidados de salud sino también variables socio-laborales (nivel de apoyo social, condiciones

laborales) y determinadas características maternas⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, entre ellas la intención de lactar, su nivel de confianza en la LM, el grado de adaptación a su estilo de vida y de satisfacción y disfrute conseguido con la LM^(17,18). Sin embargo, hay pocos estudios que describan cómo percibe la mujer la lactancia, qué motivaciones y experiencias tiene respecto a ella, los obstáculos y barreras sociales y laborales que encuentra que dificultan su mantenimiento.

El objetivo de la investigación fue conocer las motivaciones y las barreras percibidas por las mujeres para iniciar o mantener la lactancia materna.

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal, llevado a cabo en 2013. La población de estudio fueron mujeres residentes en España con al menos un hijo.

Los criterios de inclusión fueron ser madre, con hijos menores de 2 años en el momento de realizar el estudio y con vivienda en cualquiera de las comunidades autónomas españolas. Se excluyó a las mujeres sin conocimiento del idioma español y a las mujeres residentes en las ciudades de Ceuta y Melilla.

Debido a la escasez de estudios previos se realizó un cálculo del tamaño muestral para una población infinita y situación favorable de la varianza donde $p=q=50\%$, suponiendo un nivel de confianza del 95% y un error muestral de $\pm 4,47\%$. El tamaño muestral calculado fue de 569 participantes.

Para mejorar la representatividad de la muestra se empleó un muestreo bietápico. En la primera etapa se estratificó por comunidades autónomas (CCAA) y en la segunda se realizó un muestreo no probabilístico “a propósito” en cada una de ellas. Se invitó a participar en el estudio a todas las mujeres que cumplían los criterios de inclusión has-

ta conseguir el tamaño muestral calculado con un mínimo de 30 participantes por cada comunidad.

Se incluyeron variables sociodemográficas (edad de la madre y del hijo/a, paridad, estado civil, situación en el hogar, clase social calculada a partir de la ocupación del cabeza de familia, nivel de ingresos en el hogar y nivel de estudios y, por último, comunidad autónoma de residencia) y variables de resultado relacionadas con la lactancia materna y los motivos para su continuidad o abandono. Las variables de resultado incluyeron aspectos relacionados con la lactancia materna (motivos para su elección, personas que influyeron, beneficios e inconvenientes para la madre y el hijo, valoración sobre opiniones relacionadas con la LM, edad y motivo de abandono de la LM), motivos para el inicio de la lactancia mixta y artificial, introducción de la alimentación complementaria y continuidad de la LM tras la incorporación de la madre al trabajo. Se consideró lactancia materna a la LM exclusiva (cuando el lactante recibía LM sin otros líquidos o sólidos, exceptuando vitaminas o minerales) y la LM predominante (cuando además de LM y vitaminas o minerales el lactante recibía agua o infusiones). Se consideró lactancia mixta cuando el lactante recibía leche materna y fórmula al mismo tiempo.

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario diseñado por el grupo español de *Global Breastfeeding Initiative* (de *Excelex in Pediatrics Institute*) y editado por Nielsen España, utilizando el software Gándia Integra¹⁹ (la realización de la encuesta fue financiada por Philips Ibérica). El cuestionario contenía 40 preguntas cerradas en las que se proponían diferentes opciones de respuesta y 6 preguntas abiertas: edad materna en años, profesión de la persona que más contribuía a los ingresos en el hogar, número de hijos, edad del destete en meses (si ya habían suspendido la lactancia materna) y edad prevista para el destete en meses (si continuaban con lactancia materna

en el momento de la encuesta). Por último a las madres que habían indicado que la incorporación laboral sí había afectado en la lactancia, se les pedía que explicaran brevemente en qué les había afectado. También se incluyeron las preguntas filtro “tiene hijos” y “fecha de nacimiento del último hijo” para discriminar a las participantes que cumplirían los criterios de inclusión (anexo 1).

Para seleccionar a las participantes se partió de una base de datos anonimizada de la empresa Nielsen España, elaborada utilizando una combinación de datos censales, telefónicos y domiciliarios que se encuentran a disposición del público en general. Se enviaron invitaciones por correo postal y posteriormente por correo electrónico, ofreciéndoles información sobre el estudio y un enlace a la encuesta. Cada invitación también incluía un enlace para la cancelación de la participación y otro para acceder a la información sobre política de privacidad.

Siguiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki, las mujeres fueron invitadas a participar voluntariamente y dieron su consentimiento informado al inicio de la encuesta, tras ser informadas de los objetivos del estudio. El método de recogida de datos aseguró el anonimato de las participantes en la encuesta.

Análisis estadístico: Se realizó una descripción de cada una de las variables del estudio, incluyendo media y desviación estándar (DE), indicado los correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC95%). Además se compararon las respuestas a las principales variables de resultado según las características sociodemográficas de las madres (comunidad autónoma, edad, paridad, clase social, nivel socioeconómico, situación laboral) mediante las pruebas χ^2 y el test de la *t* de Student para muestras independientes. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete de estadístico SPSS v. 17.0. (SPSS Inc. Chicago, Illinois). Se consideraron estadísticamente significativos los contrastes con valor de probabilidad inferior a 0,05.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 569 mujeres. Su edad media fue de 32,5 (DE=4,6; IC95%: 32,3-33,1) años y la de su hijo 12,9 (DE=6,8; IC95%: 12,3-13,5) meses. Los datos descriptivos de la muestra se pueden ver en la **tabla 1**.

Del total de 569 cuestionarios, 68 (11,9%) correspondían a mujeres con lactancia artificial desde el nacimiento, 334 (58,8%) a mujeres que habían dado el pecho y 167 (29,3%)

a madres que lo continuaban haciendo en el momento de la encuesta.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad materna, la paridad, la clase social ni los ingresos económicos familiares según la zona geográfica donde residían. Tampoco las hubo en estas variables al comparar las madres según el método de alimentación que eligieron para sus hijos LM o lactancia artificial (LA).

Tabla 1
Características de las mujeres participantes en la muestra

Variable	n (%)	
Estado civil	Casada	341 (59,8)
	Pareja de hecho	109 (19,2)
	Soltera	46 (8,1)
	Separada/divorciada	5 (0,9)
	Pérdidas*	68(12)
Paridad	Primípara	287 (50,4)
	Multipara	282 (49,6)
Edad hijos	De 0 a 3 meses	61 (10,7)
	De 4 a 6 meses	63 (11,1)
	De 7 a 12 meses	139 (24,4)
	De 13 a 18 meses	154 (27,1)
	De 19 a 24 meses	152 (26,7)
Clase social	Alta	51 (9)
	Media alta	106 (18,6)
	Media	210 (36,9)
	Media baja	177 (31,1)
	Baja	25 (4,4)
Ingresos hogar	≤ 2.000€	268 (47,1)
	> 2.000 €	233 (40,9)
	Pérdidas*	68 (12)
Convivencia	Vivo con mi pareja e hijos	452 (79,4)
	Vivo con mi pareja, hijos y otros	36 (6,3)
	Vivo sola con mis hijos	10 (1,8)
	Otras situaciones	3 (0,5)
	Pérdidas*	68 (12)
Situación laboral	Trabajo jornada completa o reducida	327 (57,5)
	No trabajo (en paro, baja, excedencia)	242 (42,5)
Comunidad autónoma	Andalucía	38 (6,6)
	Aragón	33 (5,7)
	Asturias	33 (5,8)
	Baleares	36 (6,3)
	Canarias	32 (5,6)
	Cantabria	39 (6,9)
	Castilla y León	31 (5,4)
	Castilla La Mancha	34 (6,0)
	Cataluña	42 (7,4)
	Comunidad Valenciana	44 (7,7)
	Extremadura	35 (6,1)
	Galicia	36 (6,3)
	Madrid	36 (6,3)
	Navarra	33 (5,8)
	País Vasco	35 (6,1)
Región de Murcia	32 (5,6)	

* Mujeres con niños con lactancia artificial que solo debían responder a la primera parte de la encuesta

Tabla 2
Motivos para elegir la lactancia artificial o la materna

Principal motivo por el eligieron la lactancia artificial	n (%)
Incorporación laboral inmediata	23 (33,8)
Falta de recomendación o de apoyo, de los profesionales sanitarios	22 (32,3)
Tener que separase de su hijo, bien por problemas de ella o del neonato	10 (14,7)
Preferencia de la leche artificial	7 (10,3)
No lo consideran necesario	6 (8,9)
Principal motivo por el cual dieron o estaban dando el pecho	n (%)
Porque considero que es la mejor forma de alimentar a mi bebé	213 (42,5)
Es bueno para la salud de mi bebé	152 (30,3)
Recomendación de la matrona o enfermera/o	38 (7,6)
Porque no pensé en ninguna otra alternativa	31 (6,2)
Es un momento íntimo con tu bebé	25 (5,0)
Recomendación del ginecólogo que me controló el embarazo	16 (3,2)
Tiene muchos beneficios para la madre	10 (2,0)
Todas mis amigas me lo recomiendan	5 (1,0)
Por el apoyo recibido y las vivencia en el momento del parto	4 (0,8)
Otros	7 (1,4)

Tabla 3
Influencia para elegir la lactancia materna

¿Quién o qué ha tenido una mayor influencia a la hora de decidir dar el pecho a su bebé? ¿Y en segundo lugar? ¿Y en tercer lugar?	1º opción n (%)	2º opción n (%)	3º opción n (%)
Yo misma, siempre he tenido clara mi decisión	338 (67,4)	48 (9,6)	37 (7,4)
Mi familia (hermanas, mi madre, etc)	33 (6,6)	133 (26,5)	91 (18,1)
Matrona	46 (9,2)	104 (20,7)	101 (20,1)
Pediatra	39 (7,8)	76 (15,2)	65 (13,0)
Ginecólogo	13 (2,6)	24 (4,8)	41 (8,2)
Médico atención primaria	7 (1,4)	15 (3,0)	21 (4,2)
Enfermera/o	3 (0,6)	5 (1,0)	16 (3,2)
Mis amigas	4 (0,8)	19 (3,8)	29 (5,8)
La información que yo fui leyendo en internet	8 (1,6)	48 (9,6)	38 (7,6)
Revistas especializadas para madres, bebés, etc	10 (2,0)	29 (5,8)	62 (12,4)

El principal motivo de las madres para elegir la lactancia artificial fue la incorporación inmediata al trabajo (33,8%), seguido de la falta de recomendaciones y apoyo de los profesionales sanitarios (32,4%) y la separación del lactante por problemas médicos del bebé o la madre (14,8%) (tabla 2).

Del total de 501 mujeres que habían dado el pecho o lo continuaban haciendo en el momento de la encuesta, en el 42,5% el motivo principal para elegir la lactancia materna fue considerar que era la mejor forma de alimentar al bebé (tabla 2).

Al ser preguntadas sobre quién había tenido mayor influencia en su decisión de amamantar, el 67,5% señaló que ellas mismas y en segun-

do lugar la familia (26,5%), seguido por la matrona (20,2%) y el pediatra (15,2%) (tabla 3).

374 (75%) de las mujeres consideraron como principal beneficio de la lactancia que era el método más natural para ellas, 384 (76,6%) que protegía de infecciones y otras enfermedades a su hijo. Por otra parte, 216 (43,1%) señalaron como inconvenientes para ellas la dificultad para combinar la LM con la actividad laboral, para 195 (38,9%) lo era dar el pecho en lugares públicos y para 180 (35,9%) que los pechos pierden firmeza. En cuanto al bebé, la mayor frecuencia de despertares nocturnos fue referido como principal inconveniente de la lactancia por 310 (61,9%) de las madres y la menor ganancia de peso por 147 (29,3%) (tabla 4).

Tabla 4
Principales beneficios e inconvenientes de la lactancia para la madre y para el hijo, percibidos por las encuestadas (las madres podían seleccionar un máximo de 3 opciones en cada apartado)

		n
Beneficios para la madre	Es lo más natural	376
	Es una satisfacción personal	214
	No supone un coste como la leche artificial	172
	Me hace sentir buena madre	123
	Reduce el riesgo de algunas enfermedades en la madre	115
	Reduce el riesgo de cáncer de mama	110
	Es placentero	100
Beneficios para el hijo	Protege al bebé de infecciones y otras enfermedades	384
	Ayuda a crear un vínculo con la madre	331
	Crece más fuerte y sano que con leche artificial	249
	Evita posibles alergias	198
	Evita el estreñimiento del bebé	106
	Los bebés son más felices	70
Inconvenientes para la madre	Complica la combinación con la actividad laboral	216
	Es incómodo dar el pecho en un sitio público	195
	Los pechos pierden firmeza	180
	El pezón se agrieta	169
	Es doloroso	124
	No tengo tiempo para mí	123
	Le tengo que dedicar todo el tiempo al bebé	97
Inconvenientes para el hijo	El bebé se despierta con más frecuencia por la noche para comer	310
	Crece o gana menos peso que un bebé alimentado con leche artificial	147
	Los niños alimentados al pecho duermen peor	131
	El bebé se puede contagiar de cualquier enfermedad de la madre	128
	Los niños a los que se les da el pecho lloran más	94
	No hay inconvenientes	92

Tabla 5
Puntuación dada por las madres que habían dado el pecho o continuaban haciéndolo, en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo), a cada una de las frases que reflejan opiniones sobre la lactancia materna

	n	Media (Desviación estándar)
La lactancia me parece la mejor forma de alimentar a mi bebé	501	8,9 (1,8)
Dar el pecho es lo más sano y natural	501	8,9 (1,8)
Mi pareja me apoya en todos los aspectos de la lactancia	501	8,7 (2,0)
Dar el pecho a mi bebé hace que mi pareja se implique menos	501	4,6 (3,1)
Me resulta placentero dar el pecho	501	8,1 (2,3)
No me gusta dar el pecho pero sé que es lo mejor para mi bebé	501	3,5 (2,9)
Me gustaría prolongar la lactancia todo el tiempo que fuera posible	501	7,6 (2,6)

También se les pidió que valorasen en una escala del 1 al 10 su grado de acuerdo (1=totalmente en desacuerdo, 10= totalmente de acuerdo) con una serie de frases que mostraban opiniones sobre la lactancia materna. Obtuvieron puntuaciones superiores a 8 considerar la lactancia como la mejor forma de alimentar a su bebé (media 8,9 DE 1,8; IC95% 8,8-9,1), como lo más sano y natural (media 8,9 DE 1,8; IC95% 8,8-9,1), que re-

sulta placentero (media 8,1 DE 2,3; IC95% 7,9-8,3) y sentirse apoyadas por su pareja en todos los aspectos de la lactancia (media 8,7 DE 2,0; IC95% 8,5-8,9) (tabla 5).

El grado de acuerdo con la frase “Me gustaría prolongar la lactancia todo el tiempo que fuera posible” fue más bajo en las mujeres reincorporadas al trabajo (media 7,3 DE 2,8) en comparación con las que no estaban traba-

Tabla 6
Motivo de abandono de la lactancia materna

Motivo principal para abandono de la lactancia materna	n	%
Cada vez tenía menos leche	97	29
Me tuve que incorporar al trabajo	59	17,6
Empezó a rechazar el pecho	25	7,5
Tuve problemas con el pecho	24	7,2
Comenzó a ser doloroso	21	6,3
No creo que fuera necesario continuar dando el pecho a mi hijo	21	6,3
Mi hijo aumentaba poco de peso	17	5,1
Era difícil encontrar tiempo a lo largo del día para dar el pecho a mi hijo	15	4,5
Me puse enferma	12	3,6
Era incómodo dar el pecho fuera de casa	10	3,0
Empezó a tomar solido	8	2,4
Creía que a mi hijo no le sentaba bien mi leche y decidí cambiar	5	1,5
Me costaba recuperar mi figura y mi peso mientras daba el pecho	3	0,9
Me quede embarazada otra vez	2	0,6
Quería quedarme embarazada otra vez	1	0,3
No podía tomar ninguna cerveza, un poco de alcohol, etc.	1	0,3
Otros motivos	13	3,9

jando en el momento de la encuesta (media 7,8 DE 2,5; $p=0,04$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del resto de frases en función de la situación laboral materna.

En cuanto a la introducción de la lactancia mixta, el 37,9% de los lactantes eran menores de 6 meses y el 53,1% mayores de esa edad. El principal motivo para iniciar la lactancia mixta fue la incorporación laboral de la mujer (39%), seguido de indicación del pediatra (30%), por bajo aumento del peso (16%) y porque la madre deseaba que su marido-pareja también pudiera participar en la alimentación del bebé (15%).

En relación a la alimentación complementaria se preguntó a la totalidad de las mujeres que participaron en la encuesta (569) por los alimentos que habían ofrecido a su hijo menor de 2 años en las últimas 24 horas. La alimentación complementaria se había introducido en el 44,8% de los niños menores de 6 meses que recibían LM y en el 81,1% de los niños con LA. Entre 6 y 12 meses el 93,3% de los niños alimentados al pecho recibían alimentación complementaria y el 100% de los niños con LA. A partir del año el 100% de los niños de ambos grupos recibían alimentación complementaria.

Del total de 501 madres que habían dado el pecho o lo continuaban haciendo en el momento de la encuesta estaban trabajando 290 (57,9%). Al incorporarse al trabajo el 13,7% se extraía la leche para que se la dieran a su hijo cuando estaba en el trabajo.

El 50,5% de las madres consideraba que la vuelta al trabajo le había afectado mucho o bastante. Los motivos aportados por las madres sobre cómo la incorporación al trabajo había afectado la lactancia fueron: falta de tiempo 64 (22,1%), incompatibilidad de horarios 63 (21,7%), porque tuvieron que dejar de dar el pecho 37 (12,7%) cambios en la cantidad de tomas 32 (11%), porque les había provocado “que se le corte la leche” 29 (10,0%), por tener que “empezar a almacenar leche / sacar leche en el trabajo” 27 (9,3%) y por estrés 18 (6,2%).

En las madres que en el momento de la encuesta habían suspendido la lactancia (334) la edad media del destete fue de 6,4 meses (DE 3,8; IC95% 6,0-6,8; Mediana 6.0).

El principal motivo para suspender la lactancia fue la sensación de baja producción de leche (29%) seguida de la incorporación al trabajo (18%) (tabla 6).

La edad del destete fue más precoz cuando el motivo de abandono fue la sensación de poca producción de leche (media 5,7 DE 3,5 meses) frente a las que habían suspendido la lactancia por su incorporación laboral (media 7,0 DE 3,9 meses; $p=0,03$) y en las mujeres con ingresos familiares inferiores a 2.000 euros mensuales (media 5,9 DE 3,8 meses) que en aquellas con ingresos superiores a dicha cantidad (media 7,0 DE 3,8 meses; $p=0,01$).

DISCUSIÓN

Hasta la fecha hay pocos estudios que como el nuestro analicen las motivaciones y las barreras percibidas por las madres en España para iniciar y mantener la lactancia materna. Esta es la principal aportación de nuestro estudio, que incluye a mujeres residentes en todas las comunidades autónomas de España con hijos menores de dos años y que constata que en la mayoría de los casos fueron ellas las que tomaron la decisión de amamantar a sus hijos. La dificultad para combinar lactancia y trabajo y amamantar en lugares públicos fueron los principales inconvenientes percibidos por las mujeres lactantes. En casi la mitad de los casos el motivo para el destete precoz fue la sensación de baja producción de leche y la incorporación al trabajo. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la duración de la lactancia entre las diferentes zonas geográficas ni al comparar a las madres que estaban trabajando con las que no lo hacían.

Un tercio de las madres que no habían iniciado la lactancia materna indicaron que fue por falta de recomendaciones y apoyo de los profesionales de la salud, lo que señala la necesidad de mejorar la formación y la motivación de este colectivo para aumentar las tasas de inicio de la LM^(6,20).

En nuestro estudio, casi la mitad de los niños recibieron alimentación complementaria antes de los 6 meses. Se sabe que el inicio precoz de la alimentación complementaria aumenta el riesgo de abandono de la lactancia, por descenso en la producción de leche⁽²¹⁾ y de sufrir obesidad en la infancia^(22,23), cuya

prevalencia está aumentado en muchos lugares del mundo. Por otro lado, se ha comprobado que la lactancia materna tiene un efecto protector frente al desarrollo de obesidad⁽²⁴⁾. Recientemente la OMS ha lanzado una campaña a nivel mundial dirigida a implementar un plan de nutrición materno-infantil que comprende 6 metas en la nutrición, entre las que se incluye aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad hasta el 50% de los niños al menos⁽²⁵⁾.

El análisis de los microdatos del cuestionario de menores de la Encuesta Nacional de Salud 2011-12⁽²⁶⁾, extraídos en el total de 1.466 niños menores de 5 años que habían recibido lactancia materna reflejó una edad media de destete de 6,8 meses, similar a la recogida en nuestro estudio, pero mayor que la del estudio de Sacristan y cols.⁽²⁷⁾, llevado a cabo en la Comunidad de Castilla-León, quienes constatan una duración media de la LM de 4,6 meses, lo que se podría explicar porque los datos fueron recogidos en el 2007 y se sabe que la prevalencia de la LM ha aumentado en los últimos años^(26,28,29) y también por la menor edad de los niños incluidos en su estudio (lactantes entre 6 y 12 meses de edad).

Coincidiendo con otros autores^(30,31), en nuestro estudio la edad del destete fue más precoz en las familias con menores ingresos económicos. El destete fue más precoz en las mujeres en las que el motivo de abandono fue la sensación de poca producción de leche frente a las que habían abandonado la lactancia por su incorporación laboral. En un reciente estudio realizado por Oribe y cols⁽³²⁾, en 460 mujeres lactantes residentes en Guipúzcoa, el tiempo medio de LM exclusiva fue menor cuando el motivo de abandono fue la sensación de hipogalactia que cuando el abandono fue por cuestiones laborales (9,7 frente a 18,3 semanas). En este mismo estudio también se constata que el tiempo de baja maternal y la intención previa sobre el método de lactancia tenían una influencia significativa en la duración de la LM exclusiva. En este sentido,

también es interesante señalar que en nuestro estudio, en una alta proporción, fueron las propias madres las que tomaron la decisión de amamantar a sus hijos. Varios autores han señalado que las mujeres con alto nivel de autoeficacia en la lactancia (definida como la confianza que tiene la mujer en sí misma para amamantar a su hijo) logran mejores tasas de inicio y duración de la LM⁽³³⁻³⁵⁾, posiblemente porque son más proclives a mantener una actitud positiva ante las dificultades y reaccionar más eficientemente para solventarlas^(36,37).

Entre las mujeres encuestadas la familia ocupó el segundo lugar en cuanto a influir en su decisión de dar el pecho, lo que corrobora que, como bien ha sido señalado por otros autores, la lactancia “no es un tema sólo de las madres, sino que es un tema de familia”⁽¹³⁾.

Coincidiendo con estudios previos^(26,38), la mayoría de las madres consideran la lactancia como la mejor forma de alimentar a su bebé, la más sana, natural y placentera, lo que probablemente traduce los beneficios emocionales que representa para ellas y el efecto de las campañas de promoción de la LM. En nuestro estudio ninguna mujer señaló desventajas o inconvenientes de la lactancia artificial, que hubieran influido a la hora de elegir la lactancia materna para sus hijos, posiblemente porque las campañas de promoción de la LM tradicionalmente destacan sus “beneficios”, comparándola con los niños alimentados con fórmula, en cuanto a resultados en salud, pero no presentan estos resultados como inconvenientes de la lactancia artificial. Como varios autores han señalado^(39,40), esto puede transmitir el mensaje de: si “mamar es mejor”, entonces la fórmula es implícitamente “bueno” o “normal”⁽⁴¹⁾.

En cuanto a los inconvenientes de la lactancia relacionados con el bebé, la mayor frecuencia de despertares nocturnos ocupó el primer lugar. Las expectativas de los padres, con frecuencia, no coinciden con la realidad de que el patrón de sueño del niño va madurando a un ritmo muy variable en el primer año de vida⁽⁴²⁾. Aunque los bebés y las madres

que lactan se despiertan un mayor número de veces, los periodos de vigilia son mayores en los alimentados con fórmulas⁽⁴³⁾, pero muchas familias piensan que los despertares frecuentes por la noche se deben a que el niño no se queda saciado con el pecho, lo que puede inducir a un destete precoz si no se les informa adecuadamente.

Los principales inconvenientes de la lactancia para las madres fueron la dificultad para combinar la LM con la actividad laboral y dar el pecho en lugares públicos. Pocos estudios incluyen esta variable, la lactancia en público, cuando analizan los factores que influyen en la LM, a pesar de que se trata de un tema que con frecuencia motiva debate en redes sociales y en los medios de comunicación y que supone una barrera para la lactancia, en aquellas sociedades que, como la nuestra, no facilitan o incluso rechazan que las madres amamenten en lugares públicos⁽⁴⁴⁾. Todos los niños tienen derecho a ser amamantados cada vez que lo necesiten y es responsabilidad de toda la sociedad, permitir que sus madres puedan hacerlo con libertad, en cualquier momento y lugar. Hay que entender que amamantar forma parte de la naturaleza humana, de nuestra cultura, por lo que la imagen de una madre dando el pecho debe convertirse en algo tan cotidiano que a nadie escandalice⁽⁴⁵⁾.

Coincidiendo con otros autores^(27,32), en nuestro estudio comprobamos que la vuelta al trabajo de las mujeres en nuestro país continúa representando uno de los principales retos para el mantenimiento de la lactancia durante el tiempo recomendado.

Los resultados de este estudio apoyan la necesidad de políticas dirigidas a lograr una baja maternal remunerada y prolongada, facilitar la lactancia en público y la continuación de la alimentación al pecho tras la incorporación al trabajo, con medidas como la implantación de salas de lactancia en empresas de acuerdo a las características de la plantilla, programas específicos de formación que promueva la lactancia en las empresas y otras opciones para compatibilizar lactancia y trabajo,

como flexibilidad en los horarios de trabajo, jornada parcial, realizar parte del trabajo desde casa, etcétera⁽⁴⁶⁾. Las estrategias dirigidas a impulsar la lactancia materna en el trabajo tienen claros beneficios para las madres trabajadoras, para sus hijos, para la sociedad y para la propia empresa, entre otros, la mayor satisfacción y compromiso de sus empleadas, el menor absentismo laboral, ya que los bebés y las madres enfermarán menos y un mayor rendimiento de las horas trabajadas⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾.

La lactancia materna es un tema de salud pública que requiere un cambio social y cultural. En ningún otro aspecto de la medicina son más evidentes los prejuicios e interpretaciones personales que los que se observan sobre el parto y la lactancia⁽⁵⁰⁾. Es necesario trabajar en equipos multidisciplinares que incluyan a investigadores de las ciencias sociales que nos ayuden a entender el papel que juega en la alimentación infantil, la familia y las circunstancias sociales que la rodean, para de esta manera desarrollar estrategias eficaces que aumenten las tasas de LM en nuestras comunidades y contribuyan a crear una “cultura de lactancia”.

Los resultados del estudio son de interés por la escasez de investigaciones de características similares en nuestro país. Sin embargo, el método de captación de las mujeres participantes en el estudio y la estrategia de muestreo limitan en cierta medida la representatividad de la muestra y, por tanto, la generalización de los resultados. Otra limitación puede derivarse del sesgo de recuerdo de las mujeres al solicitar información sobre la lactancia de tipo retrospectivo, si bien creemos que la fuerte vivencia de este tipo de acontecimientos por parte de la madre y el escaso tiempo transcurrido minimizan dicho sesgo.

Para terminar, podemos señalar que para mejorar los índices de lactancia es importante informar a las mujeres sobre criterios objetivos y fiables para valorar su producción de leche y que no pierdan su confianza en la lactancia, así como desarrollar políticas adecuadas que la apoyen en el lugar de trabajo y en público.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Leonardo Landa y M^a Isabel Castelló, por su asesoramiento en la elaboración del cuestionario de este estudio, y a Mónica Suarez por habernos facilitado el acceso a los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2012;129:e827–e841
2. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization;2003.
3. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries: evidence report/ technology assessment no. 153. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2007. AHRQ Publication No. 07-E007.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Atención hospitalaria al parto. Estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social;2009.
5. Holmes AV, McLeod AY, and Bunik M. ABM Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term, Revision 201. Breastfeeding Medicine.2013; 8: 469-473. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/full/10.1089/bfm.2013.9979>. Citado el 10 febrero 2016.
6. Pokhrel S, Quigley M A, Fox-Rushby J, McCormick F, Williams A, Trueman P, et al. Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. Arch Dis Child. 2015;100:334–340.
7. Drane D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. Breastfeed Rev. 1997;5:7–15.
8. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health. 2015; 3:e199–e205.
9. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I, et al. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. Public Health Nutr.2010;13:751-759.
10. Lupton D. 'A love/hate relationship': the ideals and experiences of first time mothers. J Sociol. 2000; 36:50-63.

11. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. 2008; 122(Suppl 2):S69-76.
12. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding - A systematic review. World Health Organization. 2013. Disponible en: http://biblio.szoptatasert.hu/sites/default/files/Long-term_effects_of_breastfeeding_WHO2013.pdf (citado el 9-11-2015).
13. Gail C, Joanne K. Changing the Breastfeeding Conversation and Our Culture. *Breastfeeding Med*. 2014; 9: 53-55.
14. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38: 259-68.
15. Johnston ML, Esposito N. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007; 36:9-20.
16. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Plewniok K, Wallwiener CW, Fluhr H et al. Predictors of impaired breastfeeding initiation and maintenance in a diverse sample: what is important? *Arch Gynecol Obstet*. 2016;294:455-66
17. Leff EW, Gagne MP, Jefferis SC. Maternal perceptions of successful breastfeeding. *J Hum Lact*. 1994;10:99-104.
18. Meedya, S, Fahy, K, Kable, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth*, 2010; 23: 135-145.
19. Gandía Integra software. Gandía: Tesi SL. Disponible en: <http://www.tesigandia.com/gandia-integra/>
20. Renfrew M, Pokhrel S, Quigley M, McCormick F, Fox-Rushby J, Dodds R, et al. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. London: UNICEF UK; 2012.
21. Kathryn GD. Complementary Feeding and Breastfeeding. *Pediatrics*. 2000;106;1301-1302.
22. Huh SY, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, Oken E, Gillman MW. Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children. *Pediatrics*. 2011;127: e544-e551.
23. Griffiths LJ, Smeeth L, Hawkins SS, Cole TJ, De-zateux C. Effects of infant feeding practice on weight gain from birth to 3 years. *Arch Dis Child*. 2009; 94:577-582.
24. Martin A, Bland RM, Connelly A, Reilly JJ. Impact of adherence to WHO infant feeding recommendations on later risk of obesity and non-communicable diseases: systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016 Mar 22. [Epub ahead of print] Review.
25. WHO. Global nutrition targets 2025: policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). Geneva: World Health Organization. 2014. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/. Citado el 10-02-2016).
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal estadístico del SNS. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetail2011.htm>. (Citado el 10-05-2016).
27. Sacristan AM, Lozano JE, Gil M, Vega AT, Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2011; 13: 33-46.
28. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G; Grupo Colaborativo CALINA. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. *Estudio CALINA. An Pediatr (Barc)*. 2013;79:312-8.
29. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. La Lactància Materna a Catalunya: Resultats de L'enquesta de 2010 i intervencions principals. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/08/02/17/27/43cbe006-f64b-4834-9e0c-36f6a0c74900.pdf. (Citado el 10-05-2016)
30. Ludvigsson JF, Ludvigsson J. Socio-economic determinants, maternal smoking and coffee consumption, and exclusive breastfeeding in 10205 children. *Acta Paediatr*. 2005;94:1310-1319.
31. Thulier D, Mercer J, Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38:259-268.
32. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M y cols. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit*. 2015; 29: 4-9.
33. KingstonD, Dennis CL, Sword W. Exploring breastfeeding self-efficacy. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007; 21: 207-215.
34. Bowles B. Promoting breastfeeding self-efficacy: Fear appeals in breastfeeding mothers. *Clin Lact*. 2011; 2: 11-14.

35. Demirtas B. Strategies to support breastfeeding: A review. *Int Nurs Rev.* 2012; 59:474-481.
36. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth.* 2002; 29: 278–284.
37. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, Healy GN. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact.* 2004; 20:30-38.
38. de Jager M, Hartley K, Terrazas J, Merrill J. Barriers to Breastfeeding – A Global Survey on Why Women Start and Stop Breastfeeding- European Obstetrics & Gynaecology Supplement. 2012 (Disponible en: http://www.healthcare.philips.com/main/shared/assets/documents/avent/clinical_studies/barriers_to_breastfeeding_publication.pdf). (Citado el 10-02-2016).
39. Wiessinger D. Watch your language! *J Hum Lact.* 1996;12:1-4.
40. Berry NJ, Gribble KD. Breast is no longer best: promoting normal infant feeding. *Matern Child Nutr.* 2008;4:74-79.
41. Li R, Rock VJ, Grummer-Strawn L. Changes in public attitudes toward breastfeeding in the United States, 1999-2003. *J Am Diet Assoc.* 2007;107:122-127.
42. Ball HL. Supporting parents who are worried about their newborn's sleep Clinicians can help to reframe expectations of "normal" and support parents to develop coping strategies. *BMJ.* 2013;346: f2344.
43. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *J Sleep Res.* 2002;11:297-303.
44. Morris C, Zaraté de la Fuente GA, Williams CE, Hirst C. UK Views toward Breastfeeding in Public: An Analysis of the Public's Response to the Claridge's Incident. *J Hum Lact.* 2016 May 18.
45. Labbock MH. Breastfeeding: Population-Based Perspectives. *Pediatr Clin N Am.* 2013; 60:11–30.
46. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 2003. Disponible en http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf. (Citado el 10-02-2016).
47. Galtry J. Lactation and the labor market: Healthcare Research and Quality. Breastfeeding and breastfeeding, labor market changes, and public policy in the maternal and infant health outcomes in developed countries. United States. *Health Care Women Int.* 2007;18, 467-480.
48. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia y trabajo. Folleto para empresarios. 2011. (Disponible en: http://www.ask.hrsa.gov/detail_materials.cfm?ProdID=4135). (Citado el 10-02-2016).
49. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot.* 1995;10: 148-153.
50. Cleminson J, Oddie S, Renfrew MJ, McGuire W. Being baby friendly: evidence-based breastfeeding support. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2015;100: F173–F178.

Anexo 1

Cuestionario utilizado en la investigación

Estamos haciendo esta encuesta para conocer su opinión y experiencia sobre algunos aspectos relacionados con la maternidad. La entrevista durará en torno a 10 minutos, agradeciendo de antemano su participación y garantizando que sus respuestas serán anónimas.

Fecha en que se rellena la encuesta _____
Indique la provincia en la que reside (se abre un listado para seleccionar)

F1. Indique su sexo

[Instrucciones para el programador: Si código 2 en F1 terminar. Entrevista no válida]

- Mujer (1)
- Hombre (2)

F2. Indique su nacionalidad

- Española
- Otra nacionalidad (se abre un listado para seleccionar)

F3. Por favor, escriba cuántos años tiene usted. _____

F4. Por favor, marque el nivel de estudios que usted ha alcanzado.

- No tiene estudios
- Primarios (EGB, ESO)
- Secundarios (Bachillerato, FP)
- Universitarios
- Postgrado, Master, Doctorado

AHORA LE VAMOS A HACER UNAS PREGUNTAS SOBRE EL "JEFE DE FAMILIA", ES DECIR, LA PERSONA QUE MÁS CONTRIBUYE A LOS INFRESOS DEL HOGAR.

JF1. ¿Me podría indicar cuál es el nivel de estudios alcanzado por dicha persona (los estudios que ha finalizado)?

- No tiene estudios
- Primarios (EGB, ESO)
- Secundarios (Bachillerato, FP)
- Universitarios
- Postgrado, Master, Doctorado

JF2. ¿Cuál es la situación laboral de dicha persona?

[Instrucciones para el programador: Si código 1 en JF2 pasar a JF3. Si código 2,3 o 4 en JF2 pasar a JF4]

- Trabaja actualmente (1)
- Retirado / pensionista / incapacidad (2)
- Parado, ha trabajado anteriormente (3)
- Otros especificar) (4) _____

JF3. ¿Cuál es la actual profesión de dicha persona? _____

JF4. ¿Cuál fue la anterior profesión de dicha persona? _____

F5. ¿Tiene usted hijos?

[Instrucciones para el programador: Si código 2 en F5 terminar. Entrevista no válida]

- Sí (1)
- No (2)

F6. ¿Cuántos hijos tiene usted? |__|__| n° de hijos

F7. ¿Podría decirme la fecha de nacimiento de su hijo? (Si tiene más de un hijo/a, díganos la fecha de nacimiento del de menor edad, el más pequeño)

[Instrucciones para el programador: Solo son válidos si la edad del hijo es menor o igual a 2.0 años. Si es mayor de 2.0 años terminar la entrevista]

- Indique por favor el año en que nació su hijo (se abre un listado para seleccionar)
- Indique por favor el mes en que nació su hijo (se abre un listado para seleccionar)

F8. Seleccione cuál de las siguientes opciones que más se aproxime a su situación actual. Marque sólo una respuesta

- Todavía no me he incorporado al trabajo, sigo de permiso de maternidad, excedencia (1)
- Ya estoy incorporada al trabajo (2)
- No tengo intención de trabajar por un tiempo (3)
- Actualmente no trabajo (4)

LAS PREGUNTAS QUE VERÁ A CONTINUACIÓN EN PANTALLA ESTÁN RELACIONADAS CON LA LACTANCIA. POR FAVOR, PIENSE SIEMPRE EN SU HIJO MENOR DE 2 AÑOS, Y SI TIENE MÁS DE UNO, EN EL DE MENOR EDAD, EL MÁS PEQUEÑO.

F9. En las últimas 24 horas usted ha dado a su hijo menor de 2 años alguno de los siguientes alimentos que aparecen en pantalla? (Puede marcar varias respuestas)

- Leche materna
- Formula infantil
- Cereales
- Purés de verduras
- Papilla de frutas
- Zumos
- Infusiones
- Carne
- Pescado
- Yogur

F10. Pensando en su hijo menor de 2 años, ¿qué frase describe su comportamiento respecto la lactancia? Marque sólo una respuesta.

- En este momento estoy dando el pecho a mi hijo (1)
- Ahora no se lo estoy dando, pero he dado lactancia a mi hijo (2)
- No he dado el pecho a mi hijo (3)

F11. ¿Por qué MOTIVO PRINCIPAL NO le ha dado el pecho a su hijo? Marque sólo una respuesta

- Falta de recomendación o de apoyo, de los profesionales sanitarios
- Incorporación laboral inmediata
- No estoy de acuerdo con la lactancia materna
- Prefiero leche artificial
- Leí información negativa sobre lactancia materna en Internet
- No lo considero necesario
- Quería tener más tiempo libre
- Me separaron de mi hijo porque tuvo que ser hospitalizado al nacer
- Me separaron de mi hijo porque yo tuve complicaciones durante o después del parto
- He tenido problemas con la el pecho en lactancias anteriores
- Alguna mujer de mi familia ha tenido dificultades con la lactancia
- Alguna amiga ha tenido dificultades con la lactancia
- Creo que puede ser doloroso
- No quería tener limitaciones con mi alimentación y bebidas habituales
- Quería recuperar mi figura, peso, etc. cuanto antes
- Otros motivos (Escriba con detalle) _____

F12. ¿Por qué OTROS MOTIVOS no le ha dado el pecho a su hijo? Puede marcar varias respuestas.

- Falta de recomendación o de apoyo, de los profesionales sanitarios
- Incorporación laboral inmediata
- No estoy de acuerdo con la lactancia materna
- Prefiero leche artificial
- Leí información negativa sobre lactancia materna en Internet
- No lo considero necesario
- Quería tener más tiempo libre
- Me separaron de mi hijo porque tuvo que ser hospitalizado al nacer
- Me separaron de mi hijo porque yo tuve complicaciones durante o después del parto
- He tenido problemas con la el pecho en lactancias anteriores
- Alguna mujer de mi familia ha tenido dificultades con la lactancia
- Alguna amiga ha tenido dificultades con la lactancia
- Creo que puede ser doloroso
- No quería tener limitaciones con mi alimentación y bebidas habituales
- Quería recuperar mi figura, peso, etc. cuanto antes
- Otros motivos (Escriba con detalle) _____

[Instrucciones para el programador: Con esta pregunta F12 termina la entrevista a las mujeres que no han dado pecho nunca: código 3 en F10].

P1. ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando dejó de darle el pecho totalmente?: |__|__| meses.

P2a. ¿Por qué MOTIVO PRINCIPAL dejó de dar el pecho a su hijo? Marque sólo una respuesta

- Me tuve que incorporar al trabajo
- No creo que fuera necesario continuar dando el pecho a mi hijo
- Mi hijo aumentaba poco de peso
- Creía que a mi hijo no le sentaba bien mi leche y decidí cambiar
- Mi marido-pareja no me apoyaba en mi decisión de prolongar la lactancia
- Estaba impactando negativamente en la relación con mi marido-pareja
- Era difícil encontrar tiempo a lo largo del día para dar el pecho a mi hijo
- Era incómodo dar el pecho fuera de casa
- No podía tomar ninguna cerveza, un poco de alcohol, etc.
- Me costaba recuperar mi figura y mi peso mientras daba el pecho
- Cada vez tenía menos leche
- Comenzó a ser doloroso
- Quería quedarme embarazada otra vez
- Tuve problemas con el pecho
- Mi hijo empezó a rechazar el pecho
- Me puse enferma
- Mi hijo empezó a tomar solido
- Otros motivos (Escriba con detalle) _____

P2b. ¿Por qué OTROS MOTIVOS dejó de dar el pecho a su hijo? Puede marcar varias respuestas

- Me tuve que incorporar al trabajo
- No creo que fuera necesario continuar dando el pecho a mi hijo
- Mi hijo aumentaba poco de peso
- Creía que a mi hijo no le sentaba bien mi leche y decidí cambiar
- Mi marido-pareja no me apoyaba en mi decisión de prolongar la lactancia
- Estaba impactando negativamente en la relación con mi marido-pareja
- Era difícil encontrar tiempo a lo largo del día para dar el pecho a mi hijo
- Era incómodo dar el pecho fuera de casa
- No podía tomar ninguna cerveza, un poco de alcohol, etc.
- Me costaba recuperar mi figura y mi peso mientras daba el pecho
- Cada vez tenía menos leche
- Comenzó a ser doloroso
- Quería quedarme embarazada otra vez
- Tuve problemas con el pecho
- Otros motivos (Escriba con detalle) _____

[Instrucciones para el programador: Las siguientes preguntas (P3 hasta P5a) son solo para las madres que continúan dando el pecho (código 1 en F10), resto ir a P5b]

P3. Actualmente, usted:

- [Instrucciones para el programador: Si código 1 en P3 pasar a P4a. Si código 2 en P3 continuar]
 Continúa dando el pecho a su hijo/a sin ningún suplemento de leche artificial (1)
 Le da leche materna y leche artificial (2)

P4. ¿Cuáles fueron los motivos para decidir dar a su hijo leche materna y leche artificial?

- Me tuve que incorporar al trabajo
- Mi hijo aumentaba poco de peso
- Falta de tiempo para dar el pecho a mi hijo en todas las tomas
- Era incómodo dar el pecho fuera de casa
- El pediatra me recomendó introducir la leche artificial
- Pensé que al ser mayor mi hijo debería tomar también leche artificial
- He leído que es bueno alternar los dos tipos de leche
- Deseaba que mi marido-pareja también pudiera participar en la alimentación de mi hijo
- Otros motivos (Escriba con detalle) _____

P4a. ¿Cuánto tiempo cree usted que le estará dando el pecho a su hijo?. Puede marcar varias respuestas

- Hasta que el bebé quiera
- Hasta que deje de tener leche
- Hasta que me lo indique un profesional sanitario (su pediatra, enfermera...)
- Hasta que me vuelva a incorporar al trabajo
- Hasta que mi hijo tenga una edad determinada

P4b. Indique los meses de su hijo en que tiene previsto dejar de dar el pecho: |_|_|_| meses.

[Instrucciones para el programador: Si en F8 ha respondido 1, pasar a P5a y después a P8a. Si en F8 ha respondido 2, pasar a P5b y continuar. Si en F8 ha respondido 3 ó 4 pasar a P8].

P10. Por el contrario, ¿cuáles considera que son los 3 principales inconvenientes de dar el pecho para usted como madre? Sólo puede marcar 3 opciones

- Ayuda a ganar peso
- Los pechos pierden firmeza
- Es doloroso
- Complica la combinación con la actividad laboral
- Es incómodo dar el pecho en un sitio público
- Retrasa la recuperación de la "figura" 7
- El pezón se agrieta
- No tengo tiempo para mí
- Le tengo que dedicar todo el tiempo al bebé
- Interfiere en mis relaciones sexuales
- Otros inconvenientes (Escriba con detalle)

P11. ¿Cuáles considera que son los 3 principales beneficios para su hijo por ser alimentado de pecho?. Sólo puede marcar 3 opciones

- Protege al bebé de infecciones y otras enfermedades
- Los bebés son más felices
- Evita el estreñimiento del bebé
- El carácter de los niños a los que se les da el pecho es más agradable
- Ayuda a crear un vínculo con la madre
- Crece más fuerte y sano que con leche artificial
- Evita posibles alergias
- Otros beneficios (escriba con detalle)

P12. ¿Y cuáles considera que son los 3 principales inconvenientes para su hijo por ser alimentado de pecho? Sólo puede marcar 3 opciones

- El bebé se puede contagiar de cualquier enfermedad de la madre
- Crece o gana menos peso que un bebé alimentado con leche artificial
- El bebé se despierta con más frecuencia por la noche para comer
- Los niños alimentados al pecho duermen peor
- Los niños a los que se les da el pecho lloran más
- Los bebés que toman pecho tienen mayor riesgo de sufrir alergias
- Otros inconvenientes (escriba con detalle)

P13. ¿Quién o qué ha tenido una mayor influencia a la hora de decidir dar el pecho a su bebé? ¿Y en segundo lugar? ¿Y en tercer lugar? (Establezca una escala de 1 a 3, siendo 1 el que más ha influido y 3 el que menos)

	1º	2º	3º
Pediatra			
Ginecólogo			
Matrona			
Médico de atención primaria			
Enfermera/o			
Mis amigas			
Mi familia (hermanas, mi madre, etc.)			
La información que yo fui leyendo en Internet			
Revistas especializadas para madres, bebés, etc.			
Yo misma, siempre he tenido clara mi decisión			

P14. Dentro del profesional sanitario que ha estado presente a lo largo del embarazo, parto y después del nacimiento de su hijo ¿Quién ha influido más en su decisión de dar el pecho a su bebé? ¿Y en segundo lugar? ¿Y en tercer lugar? (Establezca una escala de 1 a 3, siendo 1 el que más ha influido y 3 el que menos)

	1º	2º	3º
Ginecólogo			
Médico de atención primaria			
Matron/a			
Enfermera/o			
Pediatra			

P15. Ahora van a aparecer en pantalla una serie de frases. Por favor, marque en cada una de ellas su grado de acuerdo o desacuerdo. Marque sólo una respuesta por frase.

	Totalmente de acuerdo 10	9	8	7	6	5	4	3	2	Totalmente en desacuerdo
Me resulta placentero dar el pecho a mi bebé.	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
La lactancia me parece la mejor forma de alimentar a mi bebé	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Mi pareja me apoya en todos los aspectos de la lactancia	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
No me gusta dar el pecho pero sé que es lo mejor para mi bebé	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Dar el pecho a mi bebé hace que mi pareja se implique menos.	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Dar el pecho es lo más sano y natural cuando se tiene un hijo	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Me gustaría prolongar la lactancia todo el tiempo que fuera posible.	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

PARA FINALIZAR LA ENTREVISTA, VERÁ EN PANTALLA TRES PREGUNTAS GENERALES.

P16. Por favor, marque su estado civil

- Soltera
- Viuda
- Casada
- Pareja de hecho

P17. Marque su situación en el hogar.

- Vive con su pareja e hijos
- Vive solo con sus hijos
- Vive con su pareja, hijos y otros familiares
- Otras (escriba cuál) _____

P18. Por último, marque la opción que más se aproxima a los ingresos de su hogar. Piense en los ingresos netos mensuales considerando todos los miembros del hogar.

- Menos de 1000 €
- Entre 1.000€ - 2.000 €
- Entre 2.001€ - 2.500 €
- Entre 2.501€ – 3.000 €
- Entre 3.001€ - 3.500 €
- Más de 3.501 €

Muchas gracias por su colaboración.