



**Tesis doctoral**

VNIVERSITAT ID VALÈNCIA



**VALENCIA**  
Febrero 2022

# Análisis de las Prácticas y Actitudes Relacionadas con la Lactancia Materna en Mujeres Gitanas

**Doctoranda**

**Cintia Borja Herrero**

**Dirección**

**Dra. Julia Colomer Revuelta**

**Dr. Francisco Donat Colomer**

**Dra. Arantxa Grau Muñoz**

**DOCTORADO DE ENFERMERÍA CLÍNICA Y COMUNITARIA  
FACULTAT DE ENFERMERÍA Y PODOLOGÍA  
DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA**



## **Informe de la dirección de tesis para la autorización de defensa de tesis doctoral.**

---

D<sup>a</sup> Julia Colomer Revuelta, D. Francisco Donat Colomer y D<sup>a</sup> Arantxa Grau Muñoz, directoras y director de la tesis doctoral de Cintia Borja Herrero, informan favorablemente la solicitud de autorización de defensa de la tesis doctoral con el título “Análisis de las Prácticas y Actitudes Relacionadas con la Lactancia Materna en Mujeres Gitanas”, presentada por dicha doctoranda.

Programa de doctorado: Enfermería Clínica y Comunitaria.  
Lugar y fecha: Valencia, 19 de febrero de 2022.

Firmado:

Dra. Julia Colomer Revuelta.

Dr. Francisco Donat Colomer.

Dra. Arantxa Grau Muñoz.

## *DEDICATORIA*

---

A mis hijos, Einar e Igor  
que me disculpen por no haberlos amamantado.

## AGRADECIMIENTOS

---

Después de un largo tiempo, finalmente, ve la luz esta tesis doctoral. Quisiera, en esta instancia, agradecer a muchas personas su valiosa ayuda. Algunas de ellas lo han hecho de forma directa, aunque, también otras han estado a mi lado dándome fuerza en momentos de abatimiento, incluso, otras sin saberlo han contribuido con su amistad y respaldo.

Debo agradecer de manera especial y sincera al Dr. Francisco Donat, mi maestro desde la facultad, gracias Paco, por aceptar dirigir mi tesis, a pesar de tus tantos compromisos y de estar disfrutando de tu merecida jubilación, gracias, por esas inyecciones de aliento que me impulsaban a no desfallecer. No menos agradecida por su apoyo y confianza en mi trabajo a la Dra. Julia Colomer, gracias por tu paciencia, tu inestimable capacidad para guiarme en esta tesis, tus útiles y constructivas recomendaciones en este proyecto, y por todo lo que he aprendido de ti. Muy agradecida a ambos directores a la vez, por haberme facilitado la participación como directora de esta tesis a la Dra. Arantxa Grau, a ella agradecerle su ayuda tan valiosa, en la realización del grupo focal y en el manejo de los instrumentos de análisis, gracias, por compartir tus conocimientos, por toda tu orientación y rigurosidad que tanto han aportado a la parte cualitativa de esta tesis. A los tres, mi más sincera gratitud por haber compartido conmigo vuestro saber y facilitarme en todo momento los medios para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

Como ya he comentado, han resultado ser cuatro años intensos, de mucha dedicación, que ha ido aumentando a medida que se acortaba el tiempo, por lo que llegado a un punto “todo” giraba en torno a esta tesis. Ante esta situación pido perdón y a la vez doy las gracias por su paciencia a mi marido, no solo por entenderme, sino también por tus correcciones y relecturas, gracias por ayudarme a escribir y también a borrar. Gracias también a mis padres, por enseñarme que el esfuerzo da fruto y que soy yo quien debe de luchar por lo que se quiere. Gracias a mis hermanas, Tere, Sara, Cristina, porque con ellas compartí una infancia feliz, que guardo en el recuerdo y es un patrón de referencia en mi trabajo como enfermera pediátrica.

Gracias a mis hijos y nietos, por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me habéis concedido, un tiempo robado a las reuniones familiares, a los juegos con los niños, al recuerdo de las palabras de mi nieto Martin, *“Iaia, tú siempre estás estudiando, te pierdes muchas cosas”* y aunque es un niño y todavía no comprende, os digo a todos, que sin vuestro apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, es también parte vuestra.

Un trabajo de investigación es también fruto del soporte que nos ofrecen las personas, compañeros y amigos que nos estiman, y que siempre están ahí. El sembrar buenas amistades me ha permitido

disfrutar de una buena cosecha de amigos/as y compañeros/as que siempre estuvieron ahí. Por lo que me harían falta páginas para agradecerse a todos. Sin embargo, merecen un reconocimiento especial, mi compañera y amiga Susi Obiol, que siempre ha estado dispuesta a escuchar, gracias por tu disposición y valiosas sugerencias. Y también a la Dra. Maite Hernández, a la que le debo, lo que he aprendido sobre lactancia y toda mi inquietud por lo que me queda por saber.

Aunque el desarrollo de esta tesis no lo puedo catalogar como algo fácil, si puedo afirmar que durante este tiempo también he disfrutado de cada momento del proceso de este proyecto, entre los que destacaría especialmente, la actividad del grupo focal. Gracias, a este grupo de madres de etnia gitana, que con su sincera vivencia han contribuido a ampliar el conocimiento sobre la lactancia. También agradezco a todas las madres que participaron en la encuesta de alimentación. Para todas vosotras, y para quien lo necesite y aporte algo a su conocimiento, deseo compartir este trabajo.



---

## *ÍNDICES*



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>I</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>II</b>
<b>ÍNDICE DE CONTENIDOS</b> .....	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>X</b>
<b>ACRÓNIMOS</b> .....	<b>XI</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>1 – INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>2 – MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA</b> .....	<b>9</b>
2.1 <b>Iniciativas de protección, promoción y apoyo a la lactancia</b> .....	<b>10</b>
2.1.1 Iniciativas a nivel Internacional. ....	10
2.1.2 Iniciativas a nivel europeo y nacional. ....	15
2.2 <b>Prevalencia global de lactancia materna</b> . ....	<b>19</b>
2.3 <b>Prevalencia de lactancia materna en España</b> . ....	<b>20</b>
2.4 <b>Características de la leche humana</b> .....	<b>21</b>
2.4.1 Componentes de la leche materna. ....	21
2.4.2 Cambios en la leche humana en situaciones especiales. ....	23
2.5 <b>Importancia de la lactancia materna</b> .....	<b>24</b>
2.5.1 Lactancia materna continúa.....	26
2.6 <b>La práctica de alimentación al pecho materno</b> . ....	<b>27</b>
2.6.1 Inicio temprano de la lactancia materna.....	28
2.6.2 Evaluación de la eficacia de la Lactancia Materna. ....	29
2.6.3 Lactancia materna exclusiva. ....	30
2.6.4 Lactancia materna prolongada.....	32
2.7 <b>Causas de abandono de la lactancia materna</b> .....	<b>33</b>
2.7.1 Factores del nivel social y cultural que influyen en la lactancia. ....	34
2.7.2 Factores del nivel de entorno familiar que influyen en la lactancia. ....	35
2.7.3 Los servicios de salud y la presión comercial de la industria de sucedáneos de leche materna. ....	37
2.8 <b>Educación en lactancia</b> . ....	<b>40</b>
2.9 <b>La influencia de los factores culturales en la lactancia materna</b> . ....	<b>45</b>
2.9.1 España un país multicultural. ....	45
2.9.2 Mujer y etnia gitana.....	49
2.9.3 Cultura y lactancia materna.....	50
2.9.4 Cultura gitana y lactancia materna. ....	52
2.9.5 Promoción de la Salud en la etnia gitana. ....	53

<b>3 – JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>56</b>
3.1 Porqué un estudio sobre lactancia materna. ....	57
3.2 Porque estudiamos la prevalencia de lactancia materna en población gitana. ....	57
3.3 Relevancia y aplicabilidad de la investigación.....	58
<b>4 – METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>61</b>
<b><i>I – FASE CUANTITATIVA</i></b>	
4.1 Hipótesis y objetivos. ....	63
4.2 Tipo de estudio.....	64
4.2.1 Diseño. ....	64
4.2.2 Sujetos de estudio.....	65
4.2.3 Tipo de muestreo.....	66
4.2.4 Variables.....	67
4.3 Análisis de los datos de la encuesta de alimentación. ....	73
<b><i>II – FASE CUALITATIVA</i></b>	
4.4 Planteamiento del problema. ....	74
4.5 Pregunta de investigación.....	75
4.6 Objetivos. ....	75
4.7 Tipo de estudio.....	76
4.8 Contexto y ámbito de estudio.....	77
4.9 Muestra: Selección y características de las participantes. ....	77
4.9.1 Acceso a la muestra.....	78
4.10 Recogida de datos.....	79
4.11 Análisis de la información cualitativa. ....	80
4.12 Características de las mujeres entrevistadas.....	82
4.13 Consideraciones éticas del estudio.....	83
<b>5 – RESULTADOS (Fase cuantitativa).....</b>	<b>85</b>
5.1 Características de los participantes.....	86
5.1.1 Grupos étnicos estudiados.....	86
5.1.2 Características sociodemográficas. ....	87
5.2 Indicadores de alimentación infantil. ....	91
5.2.1 Indicador 1. Lactantes que fueron amamantados en alguna ocasión.....	91
5.2.2 Indicador 2. Lactancia materna dentro de la primera hora de vida. ....	92
5.2.3 Indicador 3. Lactancia materna exclusiva en menores de 15 días.....	93
5.2.4 Indicador 4. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses. ....	94
5.2.5 Indicador 5. Lactancia materna entre los 6- 9 meses.....	95
5.2.6 Indicador 6. Lactancia materna continúa al año.....	96
5.2.7 Indicador 7. Lactancia materna continua a los 2 años. ....	96
5.2.8 Indicador 8. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos. ....	97
5.2.9 Tipo de alimentación según etnia. ....	98
5.3 Regresión logística multinomial.....	99



<b>6 – DISCUSIÓN (Fase cuantitativa)</b> .....	<b>103</b>
6.1 Sobre los resultados del estudio. ....	104
6.2 Limitaciones del estudio.....	111
6.3 Fortalezas del estudio. ....	111
<b>7 – CONCLUSIONES (Fase cuantitativa)</b> .....	<b>112</b>
<b>8 – ANÁLISIS Y DISCUSIÓN (Fase cualitativa)</b> .....	<b>114</b>
8.1 Ser mujer gitana en la era actual. ....	115
8.1.1 Ideología patriarcal e identidad de las mujeres gitanas. ....	117
8.1.2 Aspectos de la cultura gitana en transformación. ....	118
8.2 Amamantar, experiencias, decisiones y negociaciones.....	121
8.2.1 La toma de decisiones en relación al amamantamiento. ....	123
8.2.2 El Destete. ....	125
8.2.3 Experiencia y valoración de la LM. ....	129
8.3 Ayuda ante dificultades durante el amamantamiento.....	141
8.3.1 El dolor durante la lactancia. ....	141
8.3.2 Apoyo y ayuda recibida ante las dificultades durante la lactancia. ....	142
8.4 Asistencia a los grupos de preparación pre y postnatal.....	144
<b>9 – CONCLUSIONES (Fase cualitativa)</b> .....	<b>151</b>
9.1 Conclusiones objetivo 1. ....	152
9.2 Conclusiones objetivo 2. ....	153
<b>10 – LIMITACIONES DEL ESTUDIO (Fase cualitativa)</b> .....	<b>156</b>
<b>11 – BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>158</b>
<b>12 – ANEXOS</b> .....	<b>181</b>
12.1 Anexos: Fase Cuantitativa.....	182
12.1.1 Anexo 1: Hoja de Información a la paciente y Consentimiento informado. ....	182
12.1.2 Anexo 2: Cuestionario sobre prevalencia lactancia materna.....	184
12.1.3 Anexo 3: Hoja de registro de llamadas. ....	186
12.2 Anexos: Fase Cualitativa.....	186
12.2.1 Anexo 4: Información al paciente y Consentimiento informado Grupo focal. ....	186
12.3 Anexo 5. Informe de aprobación Comité Ético de Investigación del Hospital Dr. Peset.....	191

## ÍNDICE DE TABLAS

---

<b>Tabla 1.</b>	Los diez pasos para una lactancia exitosa. ....	13
<b>Tabla 2.</b>	Siete pasos para promover una lactancia exitosa. ....	13
<b>Tabla 3.</b>	Criterios que definen las prácticas de alimentación infantil.....	14
<b>Tabla 4.</b>	Intervalos grupos de edad.....	15
<b>Tabla 5.</b>	Resumen RD 867/2008 Código Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna .....	18
<b>Tabla 6.</b>	Preguntas sobre Alimentación. Encuesta Nacional de Salud. ....	20
<b>Tabla 7.</b>	Escala de medición de las variables estudiadas.....	67
<b>Tabla 8.</b>	Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación.....	70
<b>Tabla 9.</b>	Relación entre indicadores de LM y edad del lactante.....	71
<b>Tabla 10.</b>	Criterios de La OMS para definir las prácticas de alimentación infantil. ....	71
<b>Tabla 11.</b>	VARIABLES ESTUDIADAS.....	72
<b>Tabla 12.</b>	Preguntas que han guiado la temática en el grupo focal. ....	76
<b>Tabla 13.</b>	Perfil de las participantes grupo focal. ....	79
<b>Tabla 14.</b>	Categorías de análisis cualitativo. ....	80
<b>Tabla 15.</b>	Categorías temáticas.....	81
<b>Tabla 16.</b>	Constructos: ¿Qué supone ser mujer gitana? .....	81
<b>Tabla 17.</b>	Constructos: Experiencia y vivencia de la lactancia. ....	81
<b>Tabla 18.</b>	Número de veces que dieron su opinión las participantes del grupo focal.....	82
<b>Tabla 19.</b>	Perfil de las participantes del grupo focal. ....	83
<b>Tabla 20.</b>	Participantes excluidos del estudio.....	86
<b>Tabla 21.</b>	Grupos de población estudiados.....	86
<b>Tabla 22.</b>	Distribución según edad de los lactantes.....	87
<b>Tabla 23.</b>	Edad de los lactantes según grupo de población. ....	87
<b>Tabla 24.</b>	Edad de las madres para cada grupo étnico.....	89
<b>Tabla 25.</b>	Pruebas prueba de Shapiro–Wilk y Levene. ....	192
<b>Tabla 26.</b>	Prueba Buonferroni Comparaciones múltiples.....	192
<b>Tabla 27.</b>	Nivel de estudios de las madres. ....	90
<b>Tabla 28.</b>	Indicador 1. Tabla cruzada Lactantes que fueron amamantados en alguna ocasión. ....	193
<b>Tabla 29.</b>	Indicador 1. Pruebas de chi-cuadrado .....	193
<b>Tabla 30.</b>	Indicador 1. Coeficiente de contingencia. ....	194
<b>Tabla 31.</b>	Indicador 1. Tabla cruzada ¿Ha tomado alguna vez pecho al nacimiento? Etnia Paya – Gitana. ....	194
<b>Tabla 32.</b>	Indicador 1. Pruebas de chi-cuadrado. Payas/Gitanas.....	195
<b>Tabla 33.</b>	Indicador 1. Medidas simétricas Paya/Gitanas.....	195

<b>Tabla 34.</b>	Indicador 2. Porcentaje ¿Tomo pecho antes de que pasara la primera hora postparto? .....	195
<b>Tabla 35.</b>	Indicador 2. Pruebas de chi-cuadrado. Lactancia materna en la primera hora postparto .....	196
<b>Tabla 36.</b>	Indicador 2. Coeficiente de contingencia. Lactancia materna en la primera hora postparto. ..	196
<b>Tabla 37.</b>	Indicador 2. Tabla cruzada etnia: Payas - Gitanas ¿Tomó pecho antes de que pasara la primera hora postparto?.....	196
<b>Tabla 38.</b>	Pruebas de chi-cuadrado Lactancia materna en la primera hora postparto entre población paya y gitana. ....	197
<b>Tabla 39.</b>	Indicador 2. Coeficiente de contingencia. Lactancia materna en la primera hora postparto. ..	197
<b>Tabla 40.</b>	Indicador 3. Porcentaje. Tipo de alimentación en niño/as <15 días.....	197
<b>Tabla 41.</b>	Indicador 3. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de alimentación en niños/as <15 días.....	198
<b>Tabla 42.</b>	Indicador 3. Coeficiente de contingencia. Tipo de alimentación en niños/as<15 días.....	198
<b>Tabla 43.</b>	Indicador 4. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de alimentación en niños <183 días. ....	198
<b>Tabla 44.</b>	Indicador 4. Coeficiente de contingencia. Tipo de alimentación en niños/as <183 días.....	198
<b>Tabla 45.</b>	Indicador 5. Tabla cruzada etnia tipo de alimentación en niños/a s>183 - <274 días.....	199
<b>Tabla 46.</b>	Indicador 5. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de alimentación niños/a s >183 - <274 días...	199
<b>Tabla 47.</b>	Indicador 5. Coeficiente de contingencia. Tipo de alimentación niños/a s >183 - <274 días..	200
<b>Tabla 48.</b>	Indicador 6. Tabla cruzada etnia tipo de alimentación en niños/as >365-<487 días.....	200
<b>Tabla 49.</b>	Indicador 6. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de alimentación en >365-<487 días. ....	201
<b>Tabla 50.</b>	Indicador 6. Coeficiente de contingencia. Tipo de alimentación en >365-<487 días. ....	201
<b>Tabla 51.</b>	Indicador 7. Tabla cruzada etnia tipo de alimentación en niños/as > 608-<730 días.....	201
<b>Tabla 52.</b>	Indicador 7. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de alimentación en niños/as > 608-<730 días. ...	202
<b>Tabla 53.</b>	Indicador 7. Coeficiente de contingencia. Tipo de alimentación en niños/as > 608-<730 días...	202
<b>Tabla 54.</b>	Indicador 8. Tabla cruzada etnia alimentación Complementaria en niños/as >183-<274 días. ..	202
<b>Tabla 55.</b>	Indicador 8. Pruebas de chi-cuadrado. Alimentación Complementaria en niños/as >183-<274 días. ....	203
<b>Tabla 56.</b>	Indicador 8. Coeficiente de contingencia Alimentación Complementaria en niños/as >183-<274 días.....	203
<b>Tabla 57.</b>	Regresión logística. Logaritmo de verosimilitud. ....	203
<b>Tabla 58.</b>	Prueba de bondad de ajuste Pearson y Deviance. ....	203
<b>Tabla 59.</b>	Modelo de regresión logística para predecir el tipo de alimentación ajustado por las variables edad, etnia y nivel de estudios. ....	100
<b>Tabla 60.</b>	Bondad de ajuste, porcentaje de casos correctamente clasificados. ....	204
<b>Tabla 61.</b>	Modelo de regresión logística para predecir el tipo de alimentación, ajustado por las variables edad y etnia.....	101
<b>Tabla 62.</b>	Bondad de ajuste, porcentaje de casos correctamente clasificados, excluyendo la variable nivel de estudios. ....	204
<b>Tabla 63.</b>	Prevalencia y duración de la LM en las madres gitanas del grupo focal.....	122

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

<b>Gráfico 1:</b>	Mapa de constructos sobre la LM en mujeres de etnia gitana .....	82
<b>Gráfico 2:</b>	Grupo etario.....	88
<b>Gráfico 3:</b>	Grupos etarios según etnia .....	88
<b>Gráfico 4:</b>	Edad según etnia.....	89
<b>Gráfico 5:</b>	Diferencia de la edad de las madres entre grupos .....	90
<b>Gráfico 6:</b>	Nivel de estudios .....	91
<b>Gráfico 7:</b>	Lactancia materna de inicio .....	92
<b>Gráfico 8:</b>	Lactancia materna primera hora postparto .....	93
<b>Gráfico 9:</b>	Tipo de alimentación $\leq$ 15 días .....	94
<b>Gráfico 10:</b>	Tipo de alimentación < 6 meses.....	95
<b>Gráfico 11:</b>	Tipo de alimentación de 6 a 9 meses .....	95
<b>Gráfico 12:</b>	Lactancia continua al año .....	96
<b>Gráfico 13:</b>	Lactancia continua a los 2 años .....	97
<b>Gráfico 14:</b>	Alimentación complementaria 6-8 meses .....	97
<b>Gráfico 15:</b>	Alimentación complementaria < 4 meses .....	98
<b>Gráfico 16:</b>	Tipo de alimentación en los 3 grupos etarios .....	99

## **ACRÓNIMOS**

---

<b>AC</b>	Alimentación complementaria.
<b>AMS</b>	Asamblea Mundial de la Salud.
<b>BFHI</b>	Baby-friendly Hospital Initiative.
<b>CPP</b>	Piel con piel.
<b>CS</b>	Centro de salud.
<b>DT</b>	Desviación típica.
<b>CV</b>	Comunidad Valenciana.
<b>ENS</b>	Encuesta Nacional de Salud.
<b>IC</b>	Intervalo de confianza.
<b>IHAN</b>	Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística.
<b>NLM</b>	No lactancia materna.
<b>LA</b>	Lactancia artificial.
<b>LM</b>	Lactancia materna.
<b>LME</b>	Lactancia materna exclusiva.
<b>LMx</b>	Lactancia materna mixta.
<b>LH</b>	Leche humana.
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental.
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
<b>RN</b>	Recién nacido.
<b>SIP</b>	Sistema de información poblacional.
<b>SMSL</b>	Síndrome de muerte súbita del lactante.
<b>VD</b>	Variable dependiente.
<b>VI</b>	Variable independiente.



***RESUMEN***

---



## RESUMEN

### Introducción.

La lactancia materna es una de las prácticas de mayor interés para la salud pública debido a que proporciona múltiples beneficios a corto y largo plazo para la salud materno-filial, a la sociedad y al medio ambiente. Las investigaciones actuales reconocen que la etnia gitana presenta una salud más deficiente y experimenta más desigualdades en salud que el conjunto de la población general española.

### Marco Conceptual.

Las mujeres se encuentran con multitud de factores positivos y negativos, que van a influir en la decisión de amamantar. A nivel social, el hecho de pertenecer a una cultura pro lactancia y contar con la ayuda de redes de madres contribuye a tomar la decisión de amamantar y a obtener apoyo ante posibles problemas y dudas. Por lo contrario, las experiencias sociales, las desigualdades de género y la construcción social actual de la maternidad puede afectar negativamente en el inicio y mantenimiento de la lactancia.

### Metodología.

Este estudio investiga la práctica de alimentación infantil de los niños menores de dos años de un CS de la ciudad de Valencia, y las actitudes de un grupo de madres de etnia gitana hacia la alimentación con leche materna y hacia los recursos sanitarios que el sistema sanitario les ofrece para la promoción y apoyo a la LM. Estos temas fueron seleccionados porque actualmente están inexplorados en la investigación, y el Sistema Nacional de Salud reconoce que elegir alimentar al niño y niña con leche materna juega un papel importante en la mejora de la salud materno infantil y en la reducción de las desigualdades en salud.

La investigación que se presenta en esta tesis se ha realizado como un Estudio MixMethod. Con una estructura cuantitativa-cualitativa. En la parte cuantitativa se administró un cuestionario sobre hábitos de alimentación. Este fue completado por todas las madres usuarias del CS Fuente de San Luis con niños o niñas menores de dos años, con el objetivo de determinar la prevalencia de LM. La parte cualitativa, a través de la realización de un grupo focal, pretendió conocer las opiniones y experiencias sobre LM de un grupo de madres de etnia gitana.

## Resultados.

Los resultados establecieron que la mayoría de las mujeres de etnia gitana del CS Fuente de San Luis eligieron alimentar con leche materna a sus recién nacidos, pero a los quince días de vida gran parte de los niños eran alimentados con leche de fórmula, comparado con el resto de la población. No obstante, a partir de los 6 meses de edad la alimentación con leche materna se mantuvo, siendo más equiparable al resto de la población, incluso a los dos años de edad el porcentaje de niños y niñas de etnia gitana que amamantaban era mayor que los de la población paya. La parte cualitativa entrevistado a un grupo de seis madres de etnia gitana, el análisis de esta entrevista mostro que algunas mujeres gitanas del CS de Fuente de San Luis, tenían una postura muy poco satisfactoria respecto a la lactancia, y una valoración subóptima sobre este tipo de alimentación, además de una actitud neutra hacia las actividades de promoción y apoyo a la LM que en el CS se realizan.

## Conclusiones.

Este estudio concluye que la implementación de intervenciones enfocada a promover la LM podría potencialmente aumentar las tasas de mantenimiento y duración de la LM, ayudando, en consecuencia, a mejorar la salud general de la comunidad local de la etnia gitana y contribuiría a abordar las desigualdades de salud de este grupo de población.

---

## *ABSTRACT*

### Introduction.

Breastfeeding is one of the practices of greatest interest to public health because it provides multiple benefits in the short and long term for maternal and child health, society and the environment. Current research recognizes that the Roma ethnic group has poorer health and experiences more inequalities in health than the general Spanish population as a whole.

### Conceptual framework.

Women encounter a multitude of positive and negative factors that will influence the decision to breastfeed. At a social level, the fact of belonging to a pro lactation culture and having the help of networks of mothers contributes to making the decision to breastfeed and to obtain support in the face of possible problems and doubts. On the contrary, social experiences, gender inequalities and the current social construction of motherhood can negatively affect the initiation and maintenance of breastfeeding.

## Methodology.

This study investigates the practice of infant feeding of children under two years of age in a Clinic in the city of Valencia, and the attitudes of a group of Roma mothers towards feeding with breast milk and towards the health resources that the health system offers them for the promotion and support of the LM. These topics were selected because they are currently unexplored in research, and the National Health System recognizes that choosing to feed children with breast milk plays an important role in improving maternal and child health and reducing health inequalities. .

The research presented in this thesis has been carried out as a MixMethod Study. With a quantitative-qualitative structure. In the quantitative part, a questionnaire on eating habits was administered. This was completed by all mothers using the Clinic Fuente de San Luis with children under two years of age, with the aim of determining the prevalence of BF. The qualitative part, through the realization of a focus group, tried to know the opinions and experiences about BF of a group of gypsy mothers.

## Results.

The results established that the majority of the gypsy women of the Clinic Fuente de San Luis chose to feed their newborns with breast milk, but at fifteen days of life, a large part of the children were fed with formula milk, compared to the rest of the population. However, after 6 months of age, feeding with breast milk was maintained, being more comparable to the rest of the population, even at two years of age the percentage of Roma boys and girls who breastfed was higher than of the Paya population. The qualitative part interviewed a group of six gypsy mothers, the analysis of this interview showed that some gypsy women from the Clinic of Fuente de San Luis, had a very unsatisfactory position regarding breastfeeding, and a suboptimal assessment of this type of feeding, in addition to a neutral attitude towards the activities of promotion and support to the BF that in the Clinic are carried out.

## Conclusions.

This study concludes that the implementation of interventions aimed at promoting BF could potentially increase the rates of BF maintenance and duration, thus helping to improve the general health of the local Roma community and would contribute to address inequalities health of this population group.



## *1 - INTRODUCCIÓN*

---

## INTRODUCCIÓN

A pesar de la biología, que ha previsto, que todas las mujeres puedan amamantar, a excepción de algunas enfermedades graves o problemas médicos que la desaconsejen, tan solo a nivel global un 43% de las madres alimentan, los primeros seis meses, a sus hijos e hijas con leche materna exclusiva (LME) (1). Una cifra poco relevante, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la leche materna sea el único alimento para el 100% de los bebés a esta edad (2).

La alimentación al seno materno, es un acto biológico, que se ve afectado por multitud de factores, históricos, socioeconómicos, culturales e individuales, que influyen en la decisión y conducta de la mujer (3). En donde, la información inadecuada y la falta de apoyo familiar, profesional y social (3) (4) (5) (6) (7), junto con un escaso soporte institucional (8) (9) (10) son los principales obstáculos para la lactancia materna (LM)

La formación es un requisito fundamental para la consecución de cualquier objetivo. En este contexto, el paso más importante para la promoción, protección y apoyo a la LM posiblemente sea mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades prácticas de las/los profesionales sanitarios en contacto con la diada madre-bebé (7) (11) (12)

Junto con lo expuesto, en las líneas anteriores, es necesario poner en escena la visión social de los sucedáneos de leche materna (3). La promoción, comercialización y el uso indebido de estos preparados, llega a tener un efecto devastador sobre la LM, siendo socialmente aceptados como si de una norma de alimentación se tratase (13), propagando una alimentación con horarios rígidos que se extrapola a la alimentación al pecho, y contribuye a socavar la LM (5) (14), una de las inversiones más eficaces y rentables para mejorar la salud. Cada euro invertido en promocionar, proteger y apoyar la LM, revierte directamente en una mejor salud del lactante y de la propia madre a corto, medio y largo plazo (3) (15) (16) (17) (18) (19) (20), por lo tanto la promoción, protección y apoyo a la LM debe ser un objetivo prioritario de la Salud Pública.

Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), resaltan la importancia que tiene el desarrollo de programas para la protección, promoción y apoyo a la lactancia siendo la etapa pre y post natal el periodo idóneo para promoverla (2)(21). Estos programas se deben extender al entorno familiar y social (3) (2)(22), haciendo especial esfuerzo en captar población más desprotegida como mujeres inmigrantes y mujeres de grupos de riesgo de vulnerabilidad social (23) (24).

Vivimos en una sociedad multicultural con distintas creencias, costumbres, ritos, lenguas, hábitos, tradiciones, etc., caracteres que vinculan a las personas cultural y socialmente dentro de un grupo (25). Particularidades que reflejan un sustrato social que puede tener consecuencia en la salud y calidad de vida de las personas o de determinados grupos étnicos. El conocimiento de estos grupos

sociales y sus determinantes, permite planificar acciones preventivas y de promoción de la salud dirigidas a determinados grupos de población más vulnerable y disminuir con ello importantes desigualdades en salud y mejorar la calidad de vida de estas personas (23) (24) (17). Por lo tanto, es responsabilidad del profesional sanitario, especialmente de quienes prestan asistencia en los servicios de salud de Atención Primaria, que las acciones de educación en salud, tanto a nivel individual como colectivo, ocupen un lugar preponderante, incluyendo a todos los sectores o grupos de población. Esto supone, realizar acciones dirigidas a proporcionar a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su salud para mejorarla. A su vez, implica llevar a cabo actividades de promoción de la salud sobre aspectos relacionados con el estilo de vida, que pueden influir en la salud de las personas (alimentación, actividad física, actividad sexual, adicciones, conductas peligrosas, utilización de los servicios de salud, etc) (17). Para ello, el sector sanitario debe de facilitar y fomentar la accesibilidad de toda la población a este tipo de actividades (23) (24). Brindando a su vez, una atención integral, es decir, en todas las etapas de la vida de las personas. Siendo relevante que esta promoción de la salud se inicie desde que se produce la gestación, una etapa en donde comienzan a actuar factores de riesgo que pueden afectar a la salud durante toda la vida.

La leche materna es el mejor comienzo posible en la vida, es sin duda alguna el mejor alimento que la madre puede ofrecer a su hijo e hija durante los primeros años de su vida. Aunque amamantar se considere un proceso natural, tanto la madre como el recién nacido precisan para un buen comienzo un adecuado aprendizaje, siendo la etapa de la gestación el mejor momento para informar a los padres sobre la LM y como llevarla a cabo con éxito (8).

Identificar los grupos de riesgo más propensos a no amamantar, permitirá dirigir acciones de promoción, protección y apoyo a la LM más específicos a las necesidades e idiosincrasia de estos colectivos sociales (4) (6) (9) (26) (27). Por lo tanto, deseamos conocer cómo se gesta esta decisión con respecto a esta práctica. En este aspecto, cabe destacar, que la gestación, el nacimiento y la crianza, representan para el sistema sanitario, una oportunidad para conocer los valores culturales de los distintos grupos sociales que forman la comunidad. Conocer costumbres, tradiciones y creencias, ayuda al desarrollo de estrategias de intervención dirigidas a reforzar o modificar una conducta según sea necesario. Respecto a ello, no se trata de tomar decisiones por la otra persona ni de disuadir para que cambie su forma de actuar, pensar o sentir, sino de dar a conocer, ofrecer información para que sea cada uno artífice de sus propias decisiones (5).

Por lo tanto, el profesional sanitario debe conocer y comprender las creencias y valores culturales respecto a la lactancia (4) (5) (26), mostrando una actitud abierta y un espíritu crítico, a la vez que cordial y respetuoso con el acervo cultural de la persona (4). Porque, el respeto a los sentimientos e intereses de los demás es una óptima herramienta para conseguir cambios.



En base a lo anteriormente expuesto, mencionar que entre los colectivos de mayor riesgo de vulnerabilidad social se encuentra la población de mujeres inmigrantes (4). Un grupo de población, que según señalan diferentes autores, a pesar de presentar tasas de inicio de LM más altas que las mujeres nativas (7) (27) (28) (29) (30) (31) (29) el tiempo de amamantamiento puede ser más corto respecto al que experimentan en su país de origen, por lo que, el desarrollar estrategias que contribuyan a mejorar las tasas de LM entre las mujeres inmigrantes, contribuye a su vez a mejorar las tasas de LM y por ende la salud de toda la población (32) (33).

Otro de los grupos vulnerables a no iniciar o abandonar de forma temprana la lactancia, es la población gitana (34). Aun cuando, tradicionalmente se ha relacionado a la mujer gitana con la alimentación al pecho y con prácticas prolongadas de amamantamiento, en la actualidad, desde el sector sanitario se percibe una importante disminución de la LM en la etnia gitana(35) (36). Un hecho que no deja de ser una apreciación al no encontrar cifras en la evidencia científica que lo sustente.

Aclarar que, en este estudio se utiliza el termino paya para clasificar a las mujeres españolas de etnia no gitana. puesto que, no nos pareció correcto diferenciar la población entre gitana y española, ya que, la etnia gitana también es de nacionalidad española. Y aunque antiguamente este término podía tener una connotación peyorativa, en la actualidad tal como señala la catedrática de antropología Teresa San Román, se usa de forma habitual, tanto por la etnia gitana como por los mismos payos en el habla común e incluso en entornos académicos cuando se tratan temas sobre el contexto gitano.



## ***2 - MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA***

---

## MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA.

### 2.1 Iniciativas de protección, promoción y apoyo a la lactancia.

Los bajos índices de inicio y el abandono precoz de la lactancia es una realidad a nivel mundial (1). En esta sección se especifican algunos de los esfuerzos que se han desarrollado a nivel mundial a lo largo de los años, para promover una alimentación óptima del lactante y niño pequeño. así como aquellos mecanismos de acción legal con los que cuentan los gobiernos, para que todas las partes involucradas puedan con ello proteger, promover y apoyar la LM (3) (37)

#### 2.1.1 Iniciativas a nivel Internacional.

La promoción, protección y apoyo a la lactancia materna como ya se ha mencionado debería de ser un imperativo de salud pública, se trata de la forma natural de alimentar al RN y niño pequeño, e impulsar su promoción es la forma más eficaz de proteger la salud y en consecuencia obtener importantes beneficios sociales y sanitarios (38) (39), No obstante, a principios del siglo XX la prevalencia de la lactancia disminuyó drásticamente a nivel mundial, debido en gran parte a las prácticas comerciales de leches de fórmula que condujo a que muchas madres no amamantaran u obstaculizo a que pudieran hacerlo. El resultado fue grave, principalmente en la década de los años 70, más del 70% de las madres no amamantaban (37), alertados por ello, en 1974, durante el transcurso de la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) (40), la OMS advierte del descenso de la práctica de la LM y de los perjuicios para la salud que produce la leche artificial, relacionando este descenso con la promoción indiscriminada de los sucedáneos de leche materna, y recomendando a los estados miembros a tomar medidas correctoras. En base a ello, posteriormente en la 31ª AMS (41), se determina proteger a madres y lactantes de las practicas poco honestas de la industria de sucedáneos de leche materna, con el objetivo de garantizar un nutrición adecuada del lactante y del niño pequeño. Con esta idea, y tras numerosas y prolongadas consultas con todas las partes implicadas (gobiernos, industria de alimentación infantil, asociaciones profesionales y ONGs), en 1981, la AMS aprueba el Código de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna (42). Según el propio documento: “El objetivo del presente Código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución “.En el Código se incluyen a su vez, todos los productos destinados a interferir en la alimentación al pecho o sustituir de alguna forma a la leche materna, por lo que están incluidos los chupetes y biberones, así como todas las fórmulas de leche artificial, alimentos destinados a niños menores de 3 años como lo son papillas, yogures especiales, bebidas etc.

La implementación del Código, no pretende imponer la lactancia, sino, regularizar las prácticas comerciales de la industria y evitar su abuso, protegiendo tanto al consumidor como a profesionales sanitarios de la presión e influencia que la industria intenta ejercer, en su afán de sustituir total o parcialmente la lactancia natural por un tipo de leche animal químicamente manipulada.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, abre a su vez una puerta, para que la lactancia sea incluida en otros documentos, como por ejemplo, en el Convenio Internacional sobre los Derechos del Niño, aprobado el 20 de noviembre de 1989, y cuyo artículo 24, hace expresa mención, a crear un entorno que permita a madres, familias y aquellas personas a cargo del cuidado del lactante, tomar decisiones informadas acerca de una óptima alimentación del lactante y niño pequeño (43) (37).

Pese al intento de proteger la LM a través del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche materna, este no fue totalmente aceptado por todos los países, y los gobiernos que si lo hicieron demoraron mucho tiempo en legislar leyes que obligaran a su cumplimiento. Por lo que, en busca de nuevas estrategias, OMS y UNICEF, elaboraron un documento tomando como modelo la experiencia positiva del Hospital Universitario de San Diego, California, en donde, modificando algunas rutinas hospitalarias habían conseguido aumentar el porcentaje de LM (37). Los representantes de OMS/UNICEF solicitaron al hospital de San Diego, realizar un compendio de todo lo aprendido de las prácticas realizadas en relación con la LM. Estas recomendaciones se transformaron en 1989 en una declaración conjunta de OMS/UNICEF: para la “Protección, promoción y apoyo a la lactancia”, una guía de prácticas que incluye la descripción detallada y argumentada de los Diez Pasos (tabla 1), que deben de llevarse a cabo en las maternidades para conseguir una LM exitosa.

A pesar de que OMS y UNICEF instan a los gobiernos a impulsar y respaldar esta estrategia basada en los “Diez Pasos para una LM exitosa” (37), los resultados no fueron los esperados, la información no llegaba al sector sanitario (37), y por lo tanto los cambios en las practicas asistenciales en beneficio de la LM no fueron los deseables. En vista de ello, Jim Grant director ejecutivo de UNICEF, propone otorgar un galardón a aquellos hospitales que proporcionen una atención de calidad asistencial obstétrica-neonatal, que proteja, promueva y apoye la LM: “Baby Friendly Hospital Award”(44).

Dando continuidad al esfuerzo para promover la LM la OMS/UNICEF, con el documento publicado de “Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna”, convocaron una serie de reuniones, entre la que cabe destacar, la que tuvo lugar en agosto de 1990, en el hospital de los Inocentes en Florencia (Italia), de la cual nació la Declaración de Innocenti (45), una iniciativa a nivel mundial impulsada por OMS/UNICEF y copatrocinada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (A.I.D.) y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (O.S.D.I.). Un encuentro al que asistieron responsables políticos de 40 países. Una reunión breve pero fructífera,

siendo los Diez pasos el eje central de las recomendaciones incluidas en la Declaración de Innocenti, que exhorta además a las autoridades nacionales a implementar iniciativas que promuevan, protejan y apoyen la LM con programas complementarios, como la atención prenatal y perinatal, nutrición, servicio de planificación familiar y prevención y tratamiento de enfermedades comunes de la madre y el niño. Considerando que el éxito de la implementación de estos programas, requiere de vigilancia constante, con el propósito de defender enérgicamente la LM de las incursiones de la "cultura del biberón", por lo que propone establecer en cada país comisiones dirigidas por un coordinador nacional en lactancia materna, cuya finalidad sea velar por la consecución de los objetivos de promoción, protección y apoyo a la LM. A su vez, expone, la expresa necesidad de capacitar en LM a todo el personal de salud. En este aspecto, la Declaración de Innocenti, alienta a los gobiernos a adoptar medidas para aplicar los principios y objetivos del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de leche Materna, con el propósito de eliminar aquellos obstáculos presentes en el sistema de salud, y en la propia comunidad, que dificulten el amamantamiento, desarrollando y promoviendo leyes que protejan los derechos de la mujer trabajadora a amamantar, estableciendo para ello medidas para su control y cumplimiento (45) (46).

Consecuencia directa de esta cumbre, con el propósito de hacer realidad la meta operativa establecida por la Declaración de Innocenti, OMS y UNICEF lanzaron Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) (acrónimo en español IHAN). Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) que se presentó oficialmente en 1991 durante el transcurso del Congreso Internacional de Pediatría celebrado en Ankara. El proyecto fue un éxito y poco a poco fueron surgiendo más hospitales que obtuvieron el galardón BFHI en casi todos los países. Años después, en el 2006, la BFHI, se extiende más allá de las maternidades propagándose a los centros de Atención Primaria, para que estos, también contribuyan a mejorar los índices de lactancia (37). De este modo se establece ofrecer un reconocimiento de buenas prácticas en LM a aquellos Centros de Atención Primaria que cumplan con el Código y la consecución de 7 pasos establecidos para tal fin. (47) (tabla 2).

En la actualidad la estrategia BFHI es considerada a nivel mundial una de las medida más relevantes para la promoción, protección y apoyo a la LM, y es calificada como la herramienta más efectiva para aumentar las tasas de inicio y duración de la LM (37).

El 14 de febrero 1991 se crea la Alianza Mundial para la Acción por la Lactancia Materna (WABA), compuesta por una red de personas que trabajan a escala mundial estrechamente con UNICEF, actuando conforme la Declaración de Innocenti, para eliminar obstáculos y abordar problemas de LM desde varias perspectivas o puntos de vista (defensores del consumidor, madres y consultores de lactancia). WABA, organiza anualmente en más de 170 países, del 1 al 7 de agosto la Semana Mundial de la Lactancia Materna.

*Tabla 1. Los diez pasos para una lactancia exitosa.*

Los 10 pasos para Hospitales IHAN	
<b>Paso 1</b>	Disponer de una <b>normativa</b> de lactancia materna
<b>Paso 2</b>	<b>Capacitar</b> a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
<b>Paso 3</b>	<b>Informar a todas las embarazadas</b> acerca de los beneficios y manejo de la lactancia
<b>Paso 4</b>	<b>Ayudar</b> a las madres a <b>iniciar la lactancia</b> en la media hora siguiente al parto
<b>Paso 5</b>	<b>Mostrar a las madres cómo amamantar</b> y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.
<b>Paso 6</b>	<b>No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna</b> , a no ser que esté médicamente indicado
<b>Paso 7</b>	Practicar el <b>alojamiento conjunto</b> , permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
<b>Paso 8</b>	Alentar a las madres a <b>amamantar a demanda</b>
<b>Paso 9</b>	No dar a los niños alimentados al pecho <b>biberones, tetinas o chupetes.</b>
<b>Paso 10</b>	Fomentar el establecimiento de <b>grupos de apoyo</b> a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital (y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área)
Fuente: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento de la Lactancia (IHAN).	

*Tabla 2. Siete pasos para promover una lactancia exitosa.*

Los 7 pasos para CS IHAN	
<b>Paso 1</b>	Disponer de una normativa de lactancia materna
<b>Paso 2</b>	<b>Capacitar</b> a todo el personal para llevar a cabo esa política.
<b>Paso 3</b>	<b>Informar</b> a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo.
<b>Paso 4</b>	<b>Ayudar</b> a las madres al <b>inicio de la lactancia</b> y asegurarse de que son atendidas en las <b>primeras 72 h. tras el alta</b> hospitalaria.
<b>Paso 5</b>	<b>Ofrecer apoyo</b> a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.
<b>Paso 6</b>	Proporcionar una <b>atmósfera receptiva y de acogida</b> a las madres y familias de los lactantes.
<b>Paso 7</b>	Fomentar la <b>colaboración</b> entre las/los profesionales de la salud y la <b>comunidad</b> a través de talleres de lactancia y el contacto con los grupos de apoyo locales
Fuente: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento de la Lactancia (IHAN).	



La OMS publicó en 1991 “Indicators for assessing breastfeeding practices” (48), con el objetivo de poder evaluar las prácticas de alimentación infantil y medir el efecto de las estrategias de promoción de la LM. Un documento en donde se definen una serie de conceptos clave en relación a la alimentación infantil (tabla 3), unos criterios unificados que sean universales y permitan obtener estadísticas comparables de prevalencia de la LM a nivel internacional, nacional y local, a la vez que posibiliten valorar la tendencia temporal de la exclusividad y duración de la LM, dando la posibilidad de poder identificar aquellas poblaciones vulnerables a no amamantar, así como evaluar el impacto de los programas y actividades destinados a la promoción de la LM. Posibilitando, a su vez, tomar decisiones en relación a las políticas de adjudicación de recursos, y monitorear los avances en los logros de metas y el efecto de las intervenciones realizadas.

Este documento “Indicators for assessing breastfeeding practices, ha sido revisado posteriormente (49), ampliando los indicadores iniciales en base a las recomendaciones y objetivos de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2). Entre los indicadores actuales destacan los tres primeros (49); Inicio precoz de la LM (proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro de la primera hora del nacimiento), lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (proporción de lactantes de 0 a 5 meses alimentados de forma exclusiva con leche materna) y lactancia continua al año (proporción de niños/niñas de 12 a 15 meses de edad que son amamantados). Para la extracción de estos indicadores se realiza una encuesta a los padres, basada en la alimentación que recibe el niño/niña el día anterior a la entrevista, a excepción de los indicadores “inicio precoz de la LM” y “lactantes amamantados en algún momento”. Para la obtención de los indicadores los niños/niñas son clasificados en intervalos de grupos de edad de meses completos (49) (tabla 4).

**Tabla 3. Criterios que definen las prácticas de alimentación infantil.**

Criterios que definen las prácticas de alimentación infantil (OMS)	
<b>Lactancia Materna Exclusiva</b>	Significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de donante) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto medicamentos, vitaminas o minerales
<b>Lactancia Materna Predominante</b>	Significa que la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna (incluida la leche extraída o de donante). El niño puede recibir además líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).
<b>Lactancia Materna</b>	Significa que el lactante toma en su alimentación leche materna
<b>Alimentación con biberón</b>	Significa que el lactante recibe cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.
<b>Alimentación Complementaria</b>	Significa que el lactante toma leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana
Fuente: WHO Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices.	

*Tabla 4. Intervalos grupos de edad.*

<b>0 -15 días</b>
<b>&lt;183 días (&lt;6 meses)</b>
<b>&gt;183 días y &lt;274 días (6-8 meses)</b>
<b>&gt;365 días y &lt;487 días (12-15 meses)</b>
<b>&gt;608 días y &lt;730 días (20-24 meses)</b>
Fuente: WHO Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices.

En este siglo XXI, la OMS convoca una consulta a través de un grupo de expertos, con la intención de reformular nuevas recomendaciones sobre la duración de la LME (50). El informe de dicha consulta fija la duración óptima de la LME en seis meses. Un año después, con el propósito de que los gobiernos se impliquen y elaboren planes específicos de promoción de la LM, basados en la evidencia científica, se aprueba en la 55ª AMS (51), celebrada en mayo de 2002, la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño (2). Un documento elaborado por OMS y UNICEF, en donde se reafirma la importancia de promover y apoyar la LME durante los primeros 6 meses de vida, y mantenerla junto una alimentación apropiada y segura, hasta los 2 años. Con ello, se intenta avanzar a través del camino iniciado en las disposiciones anteriores, así como poner en práctica la Declaración de Innocenti (45), adoptar la estrategia BFHI (44) e implementar en las legislaciones de cada país la totalidad del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (42).

#### 2.1.2 Iniciativas a nivel europeo y nacional.

Europa aun siendo sensible a las iniciativas impulsadas por la OMS y UNICEF, tardo diez años, en recoger las recomendaciones de Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (52). Directiva aprobada en España a través del Real Decreto 1408/1992 y posteriormente actualizada, a través del RD 1907/96 (BOE de 2/08/96) que fue derogada más adelante por el RD 867/2008, de 23 de mayo (53).

En 2004, Europa lanza el plan estratégico para la “Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia en Europa”(12), un documento que pone de relieve, las acciones que los programas nacionales o regionales deberían englobar para lograr una eficaz promoción, protección y apoyo a la LM. El Plan Europeo, hace especial mención a la importancia que tienen las intervenciones de “Información, Educación y Comunicación”, en particular en aquellas regiones donde la alimentación artificial se encuentra en gran medida presente. Enfatizando en los resultados positivos que tiene, contar con personal sanitario adecuadamente formado para cambiar las prácticas de amamantamiento.

Posteriormente, en el 2006 la Unión Europea, con la finalidad de, complementar el Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia en Europa, publica las Recomendaciones para Alimentación de lactantes y niños pequeños (54), Una guía completa para la alimentación que abarca desde la gestación hasta los tres años de edad, e incluye apartados para prematuros, situaciones en las que está contraindicada la LM, riesgos de no amamantar y recomendaciones para el uso adecuado y seguro de los sucedáneos de leche materna. En esta guía se expone a la vez la importancia de crear núcleos de información y apoyo a la lactancia materna a los que puedan acudir las madres y sus familias.

En 1909, en Austria se crea el primer banco de leche materna de Europa, en la actualidad existen más de 200 bancos de leche materna repartidos por la geografía europea. La historia de los bancos de leche materna en España es muy reciente, el primer banco de leche se fundó en las Islas Baleares (55) en el 2001, y seis años después se inauguró el segundo banco de leche, en el Hospital 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid (55). En la actualidad, la red se ha multiplicado, y se han inaugurado 16 bancos de leche repartidos por nuestra geografía, gracias a ello, se ofrece la oportunidad de alimentar con leche materna a bebés prematuros y con determinadas patologías. Cuando no es posible disponer de leche de la propia madre, la leche materna donada es la mejor opción (56).

El 20 de noviembre de 1995, inicio su andadura la IHAN en España. El primer Comité IHAN surge como un híbrido de lo que tenía que ser el Comité de Lactancia Materna del Estado Español convenido en la declaración de Innocenti del año 1990 (45) y el programa IHAN de UNICEF. No obstante, no fue hasta el año 2001, tras varios años de rodaje, realizando actividades en beneficio a la lactancia, cuando la IHAN se constituye formalmente como una asociación no gubernamental sin ánimo de lucro, momento en el que presenta oficialmente sus estatutos y oferta la posibilidad de incorporar un representante para que formara parte del Comité Nacional de la IHAN, a todas aquellas asociaciones que tuvieran entre sus objetivos la promoción, el apoyo y la protección de la lactancia. Con posterioridad en el 2007, la IHAN renueva su estructura interna, creando un organigrama de funcionamiento constituido por equipos profesionales multisectoriales, incluyendo en el comité a las madres de los grupos de apoyo a la LM, como el colectivo al que va dirigida la estrategia.

La estrategia de la IHAN tiene como ejes principales de actuación, impulsar la implantación de prácticas clínicas basadas en la evidencia, y centradas en el lactante y su madre, estimulando a las profesionales que trabajan en los centros sanitarios, a que adapten las rutinas de asistencia al embarazo, parto y lactancia a las recomendaciones de la OMS y UNICEF. Con el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche materna, se pretende proteger a las madres de la publicidad comercial y poco ética de los sucedáneos de leche materna, a través de la realización de evaluaciones externa e internas, que monitoricen los logros conseguidos; exhortar a los centros sanitarios a que impliquen a las madres a colaborar en el desarrollo de cada fase de la

estrategia, dando especial relevancia a los grupos de apoyo Madre a Madre (MaM), como táctica de empoderamiento de la mujer que contribuye a la protección y apoyo a la LM, a la par que ayuda a reducir desigualdades sociales y de género (57)

El primer hospital IHAN fue acreditado en España en el año 1997. Desde entonces, España cuenta con 118 hospitales y 283 Centros de Salud acreditados o en proceso de conseguirlo (58). A pesar de todo el empeño y esfuerzos realizados por esta iniciativa, todavía, queda mucho por hacer a nivel político, social y especialmente sanitario, para que España se equipare al resto de países de Europa.

La IHAN en España, además de reconocer con su acreditación la labor profesional que realizan los centros sanitarios en pro de la LM, no escatima esfuerzos en realizar actividades, con el objetivo de fomentar, apoyar y promocionar la LM, entre estos destacan, su participación en la planificación de algunas proposiciones de ley (59) y no de ley que han contribuido en muchos casos a desarrollar políticas de promoción de la lactancia reflejadas en los planes de salud nacional y autonómico; un trabajo constante en la difusión del conocimiento en lactancia, desarrollando e impartiendo cursos de formación en LM por toda la geografía española; como el Congreso bianual de LM, colaborando con el Ministerio de Sanidad en diversos proyectos y actividades encaminadas a mejorar la asistencia al nacimiento y lactancia. Estas no son más que una pequeña muestra de unas cuantas de las muchas actividades que la IHAN viene desarrollando destinadas al fomento de la LM (57) (60)

Añadir al respecto, que en el año 2002, un grupo de profesionales de la medicina ponen en marcha el proyecto e-lactancia, una base de datos científica y actualizada periódicamente, utilizada a nivel mundial por profesionales de la salud, y a la que puede acceder cualquier persona, y consultar la compatibilidad de la lactancia materna con medicamentos, plantas, tóxicos y enfermedades (61).

En el 2007 el Sistema Nacional de Salud de España, junto varias asociaciones profesionales y científicas elabora la Estrategia para la Atención al Parto Normal, en ella se incluyen todos los aspectos de promoción de la LM en relación con los primeros momentos de la vida que favorecen una LM exitosa (62).

En 2014 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con distintas asociaciones, elabora la Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio (63), una guía que pone en relieve la necesidad de facilitar a todas las madres desde el embarazo, información y apoyo para el establecimiento y mantenimiento de la LM. Recientemente, con la participación de un grupo de profesionales especialistas en lactancia materna y la colaboración de mujeres de los grupos de apoyo a la lactancia, se elabora una nueva guía sobre lactancia materna (64). En donde se aborda desde la evidencia más actual, aspectos clave para ayudar a la profesión sanitaria a dar respuesta a los principales problemas que se enfrentan las madres durante la lactancia.

Tres décadas después de la Declaración de Innocenti, aun habiendo logrado un progreso notable, es necesario seguir avanzando para que las practicas LM mejoren, y se cumplan todos los objetivos propuestos en esta Declaración de Innocenti. Como, por ejemplo, el contar con una Autoridad Nacional que impulse y supervise políticas nacionales de LM, inexistente en nuestro país, o el mejorar la formación universitaria que reciben las/los profesionales de la salud, que sigue siendo deficitaria en LM, al igual que es insuficiente, la formación continuada en lactancia está condicionada a la voluntad del propio profesional (12), la escasa implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, en la Legislación Española (Tabla 5). Real Decreto 867/2008 del 23 mayo), que solo contempla algunas de sus normas, como, por ejemplo; la prohibición de publicidad, promoción o descuentos de fórmulas artificiales a los sucedáneos de tipo I (para menores de 6 meses), mientras que las leches de tipo II y III están exentas de esta prohibición.

Por desgracia, todavía queda mucho camino por recorrer en cuanto a la correcta promoción de la LM y a la poco ética publicidad de los sucedáneos, pese a la existencia de estas prohibiciones, en ocasiones se siguen produciendo violaciones del Código, una falta grave de desobediencia a la ley (53), y a pesar que, España como estado miembro de la OMS y firmante de las resoluciones de la AMS, adquirió el compromiso de implementar prácticas, políticas y programas a nivel nacional para apoyar una nutrición infantil adecuada, en especial la lactancia materna. Una responsabilidad, que ha llevado al Ministerio de Sanidad y a la IHAN a firmar en el 2019, un convenio en donde ambas partes se comprometen a colaborar y trabajar, con el objetivo de potenciar la protección, promoción y apoyo a la LM (59).

En definitiva, con todas estas políticas, campañas, protocolos y recomendaciones de organismos internacionales y nacionales de promoción de la LM cabe esperar que las mujeres que actualmente deciden amamantar no encuentren obstáculos o presiones para limitar la lactancia o destetar. Sin embargo, no es así, encontrando que muchas madres que han decidido amamantar no siempre lo consiguen (1).

**Tabla 5. Resumen RD 867/2008 Código Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna**

<b>Artículo 6</b>	<b>Etiquetado Común (para todos los preparados)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No disuadirá la LM.</li> <li>• Prohibido los términos “adaptado” “humanizado” o similares</li> </ul>
<b>Artículo 7</b>	<b>Etiquetado específico de los preparados para lactantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicación específica de la superioridad de la leche materna</li> <li>• Indicación de estos productos únicamente por profesionales independientes y cualificados</li> <li>• No incluir en el etiquetado imagines de niños otras ilustraciones o textos que puedan idealizar el uso del producto</li> </ul>

<b>Artículo 8</b>	<b>Etiquetado específico de los preparados de continuación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicación de que el producto es únicamente adecuado para la alimentación de mayores de 6 meses y como parte de una dieta diversificada.</li> <li>• La introducción de la alimentación complementaria debe ser indicada por profesionales independiente y cualificados</li> </ul>
<b>Artículo 9</b>	<b>Presentación y publicidad</b> (se refiere únicamente a los menores de 6 meses) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se limita solo a publicaciones especializadas en la asistencia infantil y publicación objetiva y de carácter científico</li> <li>• Prohibida en lugares de venta así como la distribución de muestras o cualquier otro medio de propaganda</li> <li>• Prohíbe la publicidad directa o indirecta en los centros sanitarios así como cualquier obsequio al personal sanitario.</li> </ul>
<b>Artículo 10</b>	<b>Información</b> <b>Todo el material dirigido a las madres de incluir:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las ventajas y superioridad de la leche materna</li> <li>• Efectos negativos de la alimentación parcial con biberón frente a la LM</li> <li>• Dificultad de rectificar la decisión de no amamantar</li> <li>• En caso necesario, el empleo adecuado de los preparados para lactantes. Riesgo de su uso inadecuado.</li> </ul>
Resumen RD 867/2008 en relación al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna	

## 2.2 Prevalencia global de lactancia materna.

A pesar de la importancia que tiene iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, según datos publicados por UNICEF en el año 2016, menos de la mitad de los RN son puesto al pecho de su madre en esta primera hora (1). Durante los primeros 6 meses de vida, tan solo 2 de cada 5 niños y niñas (un 43%) en el mundo reciben LME, siendo estas tasas más altas en países asiáticos, y sur de África (alrededor del 60%), y mucho más bajas (inferiores al 30%) en otras zonas como África central, Latinoamérica o Europa del Este. Cabe resaltar que algunos países como Australia, en el año 2010, y EE. UU en el año 2013, presentan unas tasas de inicio del 90% y del 76% respectivamente. Unas cifras que van decayendo de forma brusca a los 6 meses, no superando el 2% en el primer caso y el 16% en el segundo (1). Si analizamos la prevalencia de LM en Europa durante los primeros 6 meses de vida, entre los años 2006 y 2012, tan solo un 25% de los niños y niñas han sido amamantados (65). Los países del norte de Europa, presentan las cifras más altas de inicio (alrededor del 100%), pero también en estos países la LME desciende drásticamente, quedando por debajo del 20% antes de los 6 meses de vida. Cifras todas ellas muy lejos del objetivo marcado por la OMS de conseguir que, al menos, el 50% de los niños y niñas sean alimentados con LME durante los primeros 6 meses de vida (1) (65).

### 2.3 Prevalencia de lactancia materna en España.

En cuanto a España, a pesar de que la OMS y UNICEF ponen a disposición de profesionales y gestores, una herramienta para recogida periódica de datos y poder conocer a través de esta la evolución de la LM (49), a nivel nacional el sistema oficial de seguimiento y monitorización de la LM y los datos de los que disponemos, no están basados en estas recomendaciones. Desde 1987, España elabora una Encuesta Nacional de Salud (ENS), realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se trata de una investigación de publicación quinquenal, que da a conocer diversos aspectos de salud de la población española, tanto a nivel nacional como autonómico. Mediante la realización de una entrevista personal se cumplimentan una serie de cuestionarios; cuestionario de hogar, cuestionario de adulto, cuestionario de menor. El cuestionario del menor, no incorporó preguntas referentes a la LM hasta el año 1997. En la actualidad, incluye cuatro preguntas sobre lactancia materna y dos sobre lactancia artificial (66) (tabla 6)

Su análisis permite conocer el tipo de lactancia (exclusivamente materna, mixta o artificial) que reciben los niños menores de 5 años, en la corte de edad de 6 semanas, 3 y 6 meses (67). No obstante, el no utilizar ni los indicadores ni la metodología aconsejada por la OMS y UNICEF (49) (68), dificulta comparar la realidad de España con otros países (1).

Según los datos de la ENS, las tasas de LME en España son del 73,9% a las 6 semanas, del 63,9% a los 3 meses y 39% a los 6 meses de edad (69). A pesar que en los últimos años en España ha habido un incremento del 14,3% de la lactancia durante los primeros seis meses de vida, de los resultados de la ENS, se desprende que las cifras de LME están muy por debajo de las recomendaciones de la OMS (1).

Además de la ENS en España se dispone de datos de prevalencia en LM, procedentes de estudios locales realizados con el esfuerzo de profesionales sanitarios (31) (70) (71). Pero la falta de homogeneidad metodológica, impide también realizar comparaciones a nivel nacional, con lo cual, tan solo es posible tener una estimación aproximada de la realidad.

**Tabla 6.** Preguntas sobre Alimentación. Encuesta Nacional de Salud.

Preguntas sobre Lactancia Materna		Preguntas sobre Lactancia Artificial	
¿Ha recibido LM durante los primeros meses de vida?	Si No No sabe	¿Ha recibido LM durante algún tiempo lactancia artificial?	Si No No sabe

	No contesta		No contesta
<b>¿Durante cuánto tiempo ha recibido LM?</b> (Si actualmente está dando pecho, indique edad actual del lactante en meses y días)	Meses: Días: No sabe. No contesta.	<b>¿A qué edad ha comenzado con Lactancia artificial?</b>	Meses: Días: No sabe. No contesta
<b>¿Ha recibido durante algún tiempo LM como único alimento y bebida?</b> (Excluye agua, zumos, leche artificial. Sólo incluye vitaminas, minerales y medicamentos)	Si No No sabe No contesta		
<b>¿Durante cuánto tiempo ha recibido LME?</b> (En el caso de lactantes a los que sólo se les ha dado el pecho, indíquese; edad actual del lactante en meses y días)	Meses: Días: No sabe. No contesta.		
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Cuestionario de Menores.			

## 2.4 Características de la leche humana.

Hace más de dos décadas que la comunidad científica avala a la leche humana como mejor alimento que existe para el RN y niño pequeño (72) (73) (74) (75) (76). El alimento más completo y equilibrado de la naturaleza, que además de contener todos los nutrientes que la cría humana precisa para su correcto desarrollo físico, psíquico (77), se adecua de forma específica a sus necesidades inmunológicas (78) (75). Sus componentes se ajusta a la cría en cada etapa de su desarrollo y a sus necesidades específicas (77), de tal modo, que la leche que produce cada mujer, es distinta según las características del lactante, modificándose por ejemplo, en el caso de que se trate de un lactante a término o de un bebé prematuro (78), o en el caso de que el lactante o la propia madre estén enfermos, (73) (74) (75), o, incluso, varía dentro de la misma toma, según la hora del día en la que el bebé es alimentado y por supuesto conforme vaya creciendo el lactante (72). En definitiva, se trata de un elemento vivo y único en la naturaleza, con una gran capacidad de cambio y adaptación. Un fluido vivo tan extremadamente complejo que la ciencia, todavía hoy, con todos sus adelantos, no ha logrado desentrañar enteramente sus componentes y menos aún copiar (74).

### 2.4.1 Componentes de la leche materna.

Durante el segundo trimestre de gestación la glándula mamaria se prepara para alimentar al RN (79) y empieza a producir pequeñas cantidades de leche, no obstante, no será hasta después del parto cuando se segrega la primera leche, llamada calostro, un fluido de aspecto amarillento y espeso, en



donde en un pequeño volumen de leche (2 a 20 ml por toma), confluyen una gran densidad de nutrientes, que permiten al neonato, saciar su diminuto estómago y cubrir sus necesidades nutricionales, al mismo tiempo que le permite practicar la succión, aprendiendo a tragar y respirar antes de que el flujo sea mayor. Se trata de una leche, que además de poseer una alta densidad de nutrientes, es especialmente rica en anticuerpos, lactoferrina y leucocitos, que protegen al indefenso lactante de posibles microorganismos patógenos (72) (74) (75) (80), aportándole, una importante fuente de bacterias capaces de colonizar el intestino neonatal, preparando su sistema inmunológico inmaduro adaptándolo al entorno (81). El bajo contenido en grasa del calostro, facilita su digestión, y es uno de los principales motivos por lo que el RN precisa de ser amamantado frecuentemente, evitando a su vez, hipoglucemias, y favoreciendo y garantizando una adecuada producción láctea en la madre. Gracias a la presencia de oligosacáridos, el calostro tiene un efecto laxante, que estimula la eliminación del meconio y ayuda a prevenir la ictericia del RN (79).

Alrededor del 4 día posparto, un mayor volumen de leche dará paso a la leche de transición. La cantidad de proteínas disminuye, aumentando su contenido en grasa y azúcares e incrementando a su vez su aporte calórico. Poco a poco, entorno al décimo, quinceavo día, la leche irá evolucionando hasta dar lugar a la leche madura. Una leche con una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. Constituida por 88% de agua (74), que ayuda a mantener al lactante hidratado, sin la necesidad de ofrecerle otros líquidos (79), aumentando su nivel de grasa a medida que transcurre la tetada y la mama está más vacía. Un mecanismo que permite que el propio lactante regule su ingesta conforme se siente saciado (82).

En cuanto al contenido proteico de la leche madura, destacar la lactoferrina y las inmunoglobulinas, como componentes protectores de infecciones. El predominio de la proteína sérica sobre la caseína, hace que la leche humana (LH) sea más fácilmente digerible que la leche de otros mamíferos. Esto produce a su vez, que el vaciado gástrico sea más rápido, motivo por el cual el lactante alimentado exclusivamente con leche materna pida ser amamantado con más frecuencia (74) (82).

El principal hidrato de carbono de la leche humana (LH) es la lactosa, esta tiene un papel preponderante en la absorción del hierro y el calcio, así como, en el desarrollo de la flora microbiana intestinal, contribuyendo a su vez a combatir infecciones y estimula el desarrollo de la encima lactasa que protege al bebé de posibles intolerancias a la lactosa (74).

Los lípidos son el componente más variable y el segundo macronutriente que en mayor proporción se encuentran en la LH. La grasa representa aproximadamente el 50% del total de las calorías de la leche. Gracias a la acción de la lipasa las vitaminas liposolubles se absorben prácticamente en su totalidad. Adicionalmente, la LH es fuente importante de ácidos grasos esenciales, como el omega 3 y omega 6 que no pueden ser sintetizados por el organismo humano, y sumamente fundamentales para el desarrollo estructural y funcional del sistema nervioso, visual sensorial y cognitivo del lactante (3) (83).

La leche humana aporta, además, todos los minerales y vitaminas que el lactante necesita. Entre los primeros destacan el hierro, zinc, calcio, sodio, magnesio, fósforo, potasio. A pesar de que el contenido de estos micronutrientes en LH, puede ser menor que en otros alimentos, su biodisponibilidad es muy superior, por lo que no se requiere de suplementos adicionales de vitaminas y minerales durante la lactancia materna exclusiva (LME) en bebés sanos nacidos a término (74). La menor concentración de minerales como el sodio y el potasio en leche materna, junto con un menor contenido proteico, favorece el funcionamiento renal evitando sobrecargar el inmaduro sistema renal del lactante (79)

Algunos de los componentes de la leche materna son tan versátiles que cambian su concentración durante el día respecto a la noche. Como es el caso de triptófano, un aminoácido, precursor de la serotonina y la melatonina implicado en la regulación del sueño y vigilia. Con respecto a esto, el triptófano y la melatonina durante la noche aumentan su concentración en la leche, favoreciendo el sueño y el descanso del lactante (84). Además, durante las tomas nocturnas los picos de prolactina son más altos en la madre, por lo que, además, asegura una adecuada producción láctea, adicionalmente, facilita el descanso de la madre (84) (85).

Por añadidura, entre las numerosas ventajas de la LH, podemos sumar, la de favorecer el desarrollo del gusto en el lactante. La literatura científica avala que el aroma de los alimentos de la dieta de la madre penetra en la leche materna, contribuyendo a que su sabor sea cambiante acorde a los alimentos que consume la madre. Esta variación de sabores de la LH ayudara al lactante a familiarizarse con diversos alimentos y al desarrollo del gusto, contribuyendo posteriormente a la aceptación de la alimentación complementaria. En definitiva, durante esta primera etapa de la vida el lactante amamantado va a ir conociendo una serie de sabores que le predispondrán en el futuro a aceptar una alimentación más variada (86) (87).

#### 2.4.2 Cambios en la leche humana en situaciones especiales.

Si la LH es importante para todos los recién nacidos a término, es más esencial aún, para el desarrollo y maduración de aquellos nacidos antes de las 37 semanas de gestación. El hecho de haber pasado menos tiempo dentro del útero, ha impedido terminar su desarrollo, haciendo que sean más vulnerables a enfermedades e infecciones (88). En estas circunstancias, resaltar, que el grado de prematuridad influye considerablemente en la composición de la LH, que además de, ser un óptimo alimento para un ser tan vulnerable, se convierte para ellos en una medicina (73). Una leche rica en proteínas, inmunoglobulinas y factores antiinfecciosos, que protege su sistema inmunológico y digestivo inmaduro. Debido a su inmadurez digestiva y carente de enzimas, la leche pretérmino, tiene una menor concentración de lactosa y cuenta con agentes protectores que estimulan la maduración del tracto gastrointestinal, evitando y previniendo infecciones nosocomiales y diferentes enfermedades propias de su prematuridad (73) (74), contribuyendo con ello a favorecer su correcto desarrollo, y reducir el número de ingresos hospitalarios (76).

La leche materna es tan versátil, que cambia incluso según sea la situación de salud de la madre o del propio lactante. En el caso de que el bebé enferme, los receptores de la glándula mamaria toman información, al entrar en contacto con la saliva del bebé, siendo capaces de detectar la presencia de agentes patógenos, estimulando al sistema inmunitario materno para producir anticuerpos que viajan a través de la leche hacia el cuerpo del lactante y así combatir la infección (75) (89). También, en el caso de que sea la madre la que enferme, y aunque, dar el pecho en estas circunstancias puede ser extenuante para la madre, el lactante se beneficia al recibir a través de la leche, una dosis de anticuerpos que el organismo de la madre crea para combatir la enfermedad y que le son transmitidos a través de la leche (75).

## **2.5 Importancia de la lactancia materna.**

Existe numerosa evidencia científica sobre los múltiples beneficios de la LM, para el niño, la madre y la sociedad (89) (90).

Abandonar la LME antes de los 6 meses de edad o un abandono prematuro entraña un mayor riesgo de enfermedades infecciosas o crónicas relacionadas con la lactancia artificial (LA) (91).

### **Los riesgos de no alimentar al lactante con leche materna.**

Existe multitud de evidencia que confirma que cuando un lactante no es alimentado con leche materna, está mayormente expuesto a contraer enfermedades comunes de la infancia, (2) (38) (76) (92) (93), el riesgo de infecciones respiratorias y gastrointestinales es mayor en los bebés no amamantados (75) (76) (38) (89) (92) (94) (93) (91) (95) (96) (97), así como el tiempo de recuperación y hospitalización, aumenta considerablemente comparado con los lactantes amamantados (2) (76) (89) (91). De igual modo, la morbilidad por procesos no infecciosos, como el asma, alergias, dermatitis atópica y eccemas, se incrementan en aquellos que son alimentados con leches de fórmula (76) (92) (91) (95) (98). A su vez, la LH, disminuye el riesgo de padecer leucemia, uno de los cánceres más comunes en la infancia (99). Así también, la prevalencia de enterocolitis necrotizante, enfermedad celíaca y enfermedad inflamatoria intestinal, aumenta en los lactantes no amamantados (76) (92) (93) (91). Otro de los factores de riesgo que se incrementa con el empleo de leches de fórmula, es el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Los lactantes alimentados con este tipo de preparados presentan un mayor riesgo de sufrir este síndrome, comparado con los que son amamantados (38) (92) (93) (95) (100).

Del mismo modo, los riesgos de no amamantar se extienden a etapas posteriores de la vida, existiendo un efecto dosis-respuesta entre la leche materna y la salud (18) (19) (20) (76) . La prevalencia de obesidad es mayor en los adolescentes y adultos que no fueron amamantados (76), siendo estos más propensos a padecer enfermedades metabólicas como hipertensión y diabetes (38) (92) (93) (91) (95) (101). A la vez que, el riesgo de sufrir alteraciones de la cavidad oral, como

maloclusión, alteraciones de la mordida y caries, aumenta con las leches de fórmula al ir asociado este tipo de alimentación con el empleo de biberones (92).

Al mismo tiempo, el privar al RN de ser amamantado interfiere en el desarrollo del vínculo afectivo materno filial. Amamantar requiere de una cercanía constante entre madre y lactante. Este contacto estrecho y frecuente, produce cambios neuroquímicos, morfológicos y funcionales en el cerebro de la madre (102), haciendo que sus sentidos se agudicen, estando mucho más perceptiva y atenta a las necesidades del pequeño ser. A la vez, la parte derecha del cerebro de la madre que rige las emociones, mostrara muchísima más actividad gracias a la acción de la oxitocina y prolactina segregada durante el amamantamiento, hormonas que a su vez, refuerzan los circuitos cerebrales relacionados con el vínculo y el apego, favoreciendo que la madre establezca una mayor relación de protección hacia su hijo o hija y una conexión de amor superior entre ambos, lo cual, marcará una importante huella en el desarrollo neurológico del lactante, e incluirá a que establezca relaciones afectivas mucho más seguras (103), así como a un mayor desarrollo cerebral y de inteligencia (92) (93), tal como señala un importante estudio realizado por un grupo de investigadores brasileños, que relacionaron la LM con mejores ingresos económicos en la edad adulta, atribuyendo este hallazgo a un desarrollo del coeficiente intelectual más elevado de las persona que habían sido amamantadas (104). Las investigaciones, indican que el no ser amamantado priva al lactante de un desarrollo cognitivo superior, especialmente, en áreas como el lenguaje, la capacidad motora y la percepción visual (3) (83). También, el riesgo de sufrir trastornos por déficit de atención aumenta en los lactantes alimentados con leche de fórmula comparado con los amamantados (92) (95). La duración de la LM se ha relacionado con una menor incidencia del maltrato infantil (105). En definitiva la leche materna revierte en niños y adolescentes más equilibrados psicológicamente y con menos problemas de conducta, hiperactividad, depresión y ansiedad, comparado con los alimentados con leches de fórmula (106).(107).

### **Riesgo para la madre.**

La salud materna puede verse afectada por el hecho de no amamantar. La recuperación posparto es más lenta cuando no se amamanta. El proceso de involución uterina es más largo, por tanto, el riesgo de hemorragia mayor (76) (94). La succión del bebé al pecho provoca la liberación de oxitocina, hormona que aumenta las contracciones uterinas, facilitando la reducción y contracción del útero, y en consecuencia su sangrado disminuye, por lo cual, la probabilidad de anemia también (108). Alimentar con leche de fórmula al lactante, priva además a la madre del papel relajante y ansiolítico que tiene la oxitocina, hormona, que contribuye a disminuir el umbral del dolor, estrés y la depresión postparto (85) (76) (93) (91) (108) (109). Adicionalmente las madres que no amamantan tardan más en recuperar el peso previo al embarazo (76) (93) (94) (95), y presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer de mama, ovarios y útero (93) (91) (95).

## Perjuicios para la sociedad.

Más allá de los riesgos para la salud, las leches de fórmula infantil suponen una carga económica importante para el país (93) (90), mientras que, las intervenciones encaminadas a aumentar las tasas de LM tienen un coste bajo. (93) (90) El hecho de no amamantar implica mayor riesgo de enfermar, lo cual, supone un mayor gasto directo en salud, consecuencia de la necesidad de atención médica, realización de pruebas, dispensación de fármacos e ingresos hospitalarios (93) (90), a lo cual, hay que añadir los costes indirectos, consecuencia de las horas laborales perdidas de los progenitores para dedicarlas al cuidar del menor enfermo (93) (90), además, de sumar al nada despreciable gasto que supone para las familias, el empleo de estos preparados con los que se alimenta al lactante (91).

Con un aumento de las tasas de LME al alta del hospital y a los 6 meses postparto, el sistema sanitario español se podría ahorrar la nada insignificante cifra de más de 197 millones de euros anuales (39).

Además de que, la leche humana es un alimento natural, saludable, amigable y seguro con el medio ambiente (76) (93) (37) (110) (111), no produce contaminación ni desecho alguno, ni consume nada de energía; no precisa ningún tipo de utensilio para ser administrada, ni de productos para limpiar o esterilizar. Economiza agua, un ahorro nada despreciable, si se considera que para producir un kilo de leche de fórmula son necesarios más de 4 mil litros de agua (39). A la vez, no debemos de obviar que, para elaborar este tipo de preparados se emplea generalmente leche de vaca, y el metano que lanza a la atmosfera este ganado tiene un importante efecto invernadero. A todo lo dicho, añadir los costes de los materiales que son necesarios para su manufacturación, envasado, transporte y administración, que tienen un importante efecto en el medio ambiente (91) (39) (112) (113) (114).

En resumen, la leche materna es un recurso natural de bajo coste con numerosas propiedades que protegen la salud de la mujer y su descendencia, repercute en beneficios económicos para la familia, el sistema sanitario, los empleadores y el país (38) (39). Por todas estas razones la LH debería ser un imperativo de salud pública y un compromiso social de todos (115).

### 2.5.1 Lactancia materna continúa.

La lactancia materna continua hace referencia a prolongar la alimentación con lecha materna hasta los dos años de edad o bien, tanto tiempo como deseen la madre y/o su bebé. Pasada la edad de 6 meses, el niño o niña no deja de ser lactante y la LH se sigue adaptando a sus necesidades nutricionales en cada etapa de su desarrollo (77), por lo que, debería continuar siendo amamantado, aun estando tomando otros alimentos (2) (76).

La madres que amamantan requieren de apoyo práctico y emocional que ayude a desmitificar la carga que socialmente se atribuye a la continuación de la lactancia materna, desde las instituciones sanitarias las madres deben recibir mensajes sencillos con información práctica en lugar de explicaciones centradas en normalizar la lactancia, mensajes como por ejemplo “la lactancia materna prolongada beneficia la salud del lactante tenga este la edad que tenga”, son poco eficaces, especialmente si la madre se siente presionada por un entorno familiar que mantiene la creencia que el niño o niña está obsesionado por mamar y ello puede repercutir en su comportamiento de forma negativa. Ofrecer a la madre conocimientos con base fisiológica, para que conozca, como el amamantamiento no solo contribuye a calmar el hambre, sino que también, ayuda a tranquilizar al lactante, aliviar su malestar o miedos y, por lo tanto, la asertividad materna contribuye a un mejor desarrollo emocional y psicosocial del lactante”. El ofrecer información sobre las preocupaciones que las madres presentan, basada en la evidencia sobre la naturaleza de la lactancia, en lugar de eludir estas inquietudes o dar información poca relevante, es un modo efectivo para empoderar a la madre, y que pueda lidiar con la presión social (116).

## **2.6 La práctica de alimentación al pecho materno.**

La forma con que alimentar al RN es la primera decisión nutricional que deben tomar los padres, y una de las más importantes, ya que influirá en la salud y el bienestar del lactante (18) (19) (20) (117). La madre, además de decidir como alimentarlo, debe de saber o reconocer con qué frecuencia hacerlo. Sobre este aspecto, la leche materna tiene el potencial de desarrollar patrones apropiados de autorregulación de la ingesta de energía (79) (118), y por lo tanto, en base a sus necesidades el bebé amamantado crea su propia demanda de alimentación. En relación con lo dicho, las madres que eligen amamantar desarrollan la capacidad y sensibilidad para reconocer las señales de hambre y saciedad del lactante, es decir, saber cuándo y con qué frecuencia sus hijos e hijas necesitan ser amantados (79). De este modo la alimentación a demanda, es la norma de referencia del patrón apropiado para el bebé humano, recomendado y avalado por la OMS (2) y otros organismos nacionales (119) e internacionales (76). No obstante, con frecuencia las madres se apoyan más que en su instinto, en algunos profesionales de la salud, en la familia o en sus propias creencias que toman como modelo de referencia o norma, una alternativa artificial de alimentación que nada tiene que ver con la fisiología del lactante (90).

La postura en cuanto a la duración de la lactancia materna de OMS y UNICEF es clara (2): *“El ideal de alimentación infantil es la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé, y mantener la lactancia materna, complementada con otros alimentos saludables y adecuados, hasta un mínimo de dos años y durante tanto tiempo como madre e hijo así lo deseen”*

Con la introducción de otros alimentos en la dieta del lactante, se inicia el proceso del destete (120), que finalizara cuando el bebé deje por completo de ser amamantado. La forma más sencilla y más natural de destetar, es dejar que sea el propio bebé quien inicie y guie el proceso (90) (120), en estas

circunstancias se trata de un destete lento y gradual, en donde con el paso del tiempo el niño/a ira espaciando las tomas, que cada vez, serán incluso más cortas, hasta que deje de mamar. Sin embargo, en ocasiones es la madre quien, por diversos motivos, (personales, médicos, emocionales, presiones familiares o sociales) elige iniciar el destete antes de que lo haga el bebé, en este caso, también, lo recomendable es que la mujer realice un destete progresivo a que este se realice de forma repentina (79) (120).

### 2.6.1 Inicio temprano de la lactancia materna.

Una de las practicas que favorece una buena instauración de la lactancia es colocar al bebé piel con piel con su madre nada más nacer (CPP) (121) (122). Las primeras horas de vida del lactante constituyen uno de los periodos que mayores riesgos entrañan para la vida de cualquier RN (8) (121). El CPP, ininterrumpido de la madre con el RN nada más nacer, es la mejor forma de facilitar la adaptación del neonato al ambiente prenatal (123) (121), favoreciendo el apego madre/hijo y el inicio temprano del amamantamiento, a la vez que se disminuye el riesgo de hipoglucemia, ictericia, contribuye a una menor pérdida de peso, aumentado la probabilidad de mantener la LM de forma exclusiva los primeros meses de vida e incrementar su duración (8) (123) (124) (125).

Los RN a los que se les deja sobre el pecho de su madre desnudos en posición ventral sin ser molestados, tomaran el pecho espontáneamente, sin ninguna ayuda, dentro de la hora que sigue al nacimiento (126). El periodo inmediato postparto, es el momento idóneo para realizar la primera toma al pecho, el RN se encuentra en una etapa de alerta tranquila, provocado por esa descarga de noradrenalina consecuencia del proceso del parto. El CPP, mediante estímulos sensoriales como el tacto, el olor y el calor, es un poderoso estimulante vagal que, entre otros efectos impulsa la secreción de oxitocina en la madre. La oxitocina aumentara la temperatura de la piel de sus mamas, aportando calor al RN (121) (127), esta hormona, a su vez, proporcionara tranquilidad a la madre, reduciendo el nivel de dolor, estrés y la ansiedad, contribuyendo a disminuir la depresión en el postparto inmediato y estimulando la conducta de crianza y apego (127).

Durante ese momento de alerta tranquila que experimenta el RN tras el parto, en contacto sobre el cuerpo desnudo de su madre, el olor materno, lo guiara hacia el pecho, impulsándose mediante una serie de movimientos de flexión-extensión de sus extremidades, y a través de la succión de su puño, impregnado este del olor del líquido amniótico, le ayudara a dirigirse hacia el pezón que reconocerá por su olor y color oscuro, y tras varios intentos, será capaz de iniciar la succión y obtener el preciado calostro (121) (127). El CPP es un método natural e inocuo, con múltiples beneficios para el bebé. El neonato, en contacto con el cuerpo de su madre, se recupera poco a poco del estrés, producido por el aumento del cortisol durante el parto, se sentirá más tranquilo y relajado, el cuerpo de su madre lo protege del riesgo de infecciones al colonizarse con la flora cutánea materna, fundamental para el desarrollo del sistema inmunitario del bebé. Su frecuencia respiratoria, cardiaca y temperatura corporal se regulan, el consumo energético se reduce y el riesgo de hipoglucemia es

menor, contribuyendo a una idónea adaptación metabólica y por ende, a la vida extrauterina (8) (123). Una interacción entre madre e hijo, que no debe ser perturbada por cuidados rutinarios que pueden esperar a que este realice la primera toma al pecho e incluso pueden ser realizados con el neonato encima del cuerpo de su madre (121) (127).

En definitiva, se trata de periodo muy especial en el que ambos no necesitan nada más que estar juntos (128), un tiempo que debe ser respetado, puesto que, son muy pocas las situaciones en las que este contacto CPP no pueda ser realizado, y las rutinas realizadas tras el parto pueden perturbar el desarrollo de estas primeras interacciones. Tanto si se trata de un parto vaginal o de una cesárea, de un RN a término, prematuro o enfermo, el CPP facilitará la aclimatación del bebé a la vida extrauterina y la adaptación entre madre e hijo (121) (127).

Cuanto más tiempo se mantenga al recién nacido en CPP menos pondremos en riesgo la lactancia, ya que, interrumpiéndolo o retrasándolo, demoramos la primera toma al pecho, y en consecuencia también la producción de leche puede verse afectada, aumentando el riesgo de empleo de suplementos de leche de fórmula (129) (130) (131). Con el CPP además de contribuir a un buen establecimiento de la LM, se facilita que las tomas sean frecuentes, disminuyendo en consecuencia el riesgo de ingurgitación mamaria, contribuyendo al éxito y duración de la LM (8) (128)(132) (133).

En conclusión el CPP, es una elección posible, de fácil implementación y económica, que aporta beneficios de evidencia demostrada, tanto para el RN como para la madre, por lo cual es primordial su priorización e iniciarlo en ese periodo sensitivo de alerta tranquila del RN, para ofrecerle al neonato la mejor llegada a este mundo (8) (121).

### 2.6.2 Evaluación de la eficacia de la Lactancia Materna.

La eficacia de la lactancia materna, se define como, “un proceso interactivo entre la madre y el bebé que tiene lugar cuando hay transferencia directa de leche del pecho de la madre al lactante, de una forma y en una cantidad que satisface las necesidades de ambos” (134).

Los cuatro atributos de una lactancia materna efectiva son una adecuada posición al lactar, el agarre adecuado del bebé al pecho, la succión efectiva y la transferencia de leche adecuada (134).

La valoración de la posición y el agarre al pecho es una tarea esencial para evitar parte de los problemas que pueden surgir al principio de la lactancia y que en gran parte son debidos a una posición y agarre inadecuados al pecho, y la causa principal de suplementación con leche de fórmula (124). Siendo estas mayormente subsanables con una valoración de la toma al pecho.



Para ofrecer una ayuda eficaz a la madre, el profesional sanitario debe valorar que la postura al pecho permita que la boca del bebé realice un adecuado agarre del pezón y areola (64). Hay que examinar que el cuello del lactante quede ligeramente hiperextendido, para favorecer la coordinación entre succión, deglución y respiración. La succión correcta no debe causar dolor ni producir ningún tipo de molestia en la madre, de no ser así, hay que revisar nuevamente que el agarre es correcto.

Al principio de la toma el flujo de leche es más lento, las succiones son rápidas y los movimientos de la mandíbula superficiales. En el momento que el reflejo de eyección aparece, y flujo de leche es más rápido, las succiones son más lentas y profundas. Las mejillas del lactante durante la succión deben de estar redondeadas, observándose movimientos de mandíbula-sien-oreja. A medida que el flujo de leche aumenta, la succión se vuelve rítmica, con movimientos lentos y profundos seguidos de pausas. El patrón de succión eficaz radica en 10-30 succiones con sus respectivas degluciones y respiraciones, sucedidas de una pausa de 3-5 segundos donde el lactante respira y el ciclo vuelve a empezar. La deglución, (no la succión) es audible y visible. Si la transferencia de leche es adecuada, el lactante muestra una expresión facial sosegada, con brazos y manos relajados y puños, abiertos un bebé tranquilo, saciado y satisfecho (64).

Además de la observación de la toma, es fundamental vigilar que el lactante moja los pañales regularmente y ha eliminado el meconio en los primeros 5 días y valorar que la pérdida de peso, no supere el 7% del peso del nacimiento, aun cuando es fisiológico que el RN pierda peso en los días siguientes, debido a la pérdida del líquido extracelular acumulado intra útero, (más cuando la madre ha recibido perfusiones intravenosas durante el parto) y la expulsión del meconio (64).

Las/los profesionales sanitarios, deben de ser capaces de identificar si el agarre del lactante al pecho es correcto y la posición de la diada madre-bebé y la transferencia de leche son adecuadas. El no realizar esta valoración, imposibilita la detección de posibles problemas y prevenir situaciones de riesgo que pueden ser resueltos, evitando un probable abandono de la lactancia (134) (124).

### 2.6.3 Lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna exclusiva (LME) es el tipo de alimentación que consiste en que el lactante solo reciba leche materna sin ningún otro suplemento sólido o líquido, (incluyendo agua) distintos a la LH, con la única excepción de soluciones de rehidratación, vitaminas, minerales o medicamentos (135).

Los bebés no necesitan tomar otros alimentos distintos a la leche materna los primeros 6 meses de vida (76) (119). Sin embargo, aunque las madres en la mayoría de países inician la lactancia materna, la prevalencia de LME durante los 6 primeros meses de vida es inferior al 50% (1) (38).

La recomendación de alimentar al bebé con LME hasta los 6 meses de edad, fue tomada en la 54<sup>a</sup> AMS (136) y corroborada y complementada por investigaciones posteriores, fundamentadas en que alimentar al lactante de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida cubre sus necesidades nutricionales, a la vez que proporciona como hemos visto múltiples beneficios para la salud tanto del lactante como de la propia madre (18) (19) (20) (94) (137) (2). Además el organismo de un lactante menor de 6 meses, no está aún preparado a nivel funcional, neurológico ni motor para enfrentarse de forma segura a otros alimentos diferentes a la leche (138). Por lo tanto, no es necesario ingerirlos hasta pasada la barrera de los 6 meses, edad, en que, la leche maternas sigue siendo el alimento más completo, pero no suficiente, para cubrir por si sola sus requerimientos nutricionales (138).

La LME es considerada la práctica preventiva que mayor impacto tiene sobre la salud infantil (18) (19) (20)(139). Algunos estudios sugieren que incluso pequeñas cantidades de suplemento de leche de fórmula cambian la microbiota intestinal del lactante, equiparándola a la flora intestinal de los alimentados con leche de fórmula (81) (92), y es aquí donde radica la diferencia entre los beneficios de ofrecer LME, leche de fórmula o la combinación de ambas (20) (76) (94). La alimentación con leche de fórmula o la LM complementada con fórmula, aumenta la probabilidad de padecer infecciones, enfermedades inflamatorias y alergias (81) (38) (140). Mientras que la LME contribuye al desarrollo de una microbiota intestinal en el lactante más estable y uniforme (81) (141), una vacuna natural que lo protegerá a lo largo de la vida. Además, el ofrecer un suplemento con biberón de forma precoz a un bebé amamantado, supone un riesgo de confusión del bebé con la succión al pecho, y una succión inadecuada puede tener como consecuencia que el lactante no extraiga suficiente leche del pecho y ser a su vez, el motivo por el cual la producción de leche en la madre disminuya (79).

Si todos los sectores de la sociedad fueran conscientes del impacto que supone el remplazo de la leche materna por fórmulas lácteas en la morbilidad y mortalidad infantil, la lactancia materna estaría mucho más protegida y respaldada, las madres demandarían mayor apoyo y ayuda ante la presencia de problemas, antes de inclinarse por la leche de fórmula, y las/los profesionales sanitarios velarían para que muchas más madres iniciaran la lactancia y consiguieran continuarla (54). A pesar de que en España, en las últimas décadas se ha producido un discreto aumento de la duración de la LM (1) (142), el porcentaje de LME a los 6 meses de edad sigue siendo insuficiente (1). El abandono precoz de la lactancia ocasiona notables efectos adversos a nivel sanitario, social y económico para las mujeres, los niños/as, la comunidad y el medio ambiente que repercuten en un mayor gasto en salud, incrementando las desigualdades en salud (17) (38) (143) (144) En definitiva se precisa de un esfuerzo conjunto y mantenido para acercarse a la cifra del 100% de LME (145).

#### 2.6.4 Lactancia materna prolongada.

Según las recomendaciones de la OMS, se entiende por lactancia prolongada aquella que se mantiene más allá de los 2 años de edad. La lactancia materna prolongada, crea popularmente confusión y perplejidad, especialmente en nuestra cultura occidental, que se asombra de que un niño o niña que ya habla, camina y come de todo, sigue siendo amamantado (146). Las madres que deciden prolongar más allá del primer año de edad se encuentran en ocasiones con un rechazo social (147) (147), e incluso del propio sector sanitario (148).

Lactancia materna prolongada, no es un término acuñado por la ciencia, sino establecido culturalmente. “Prolongar”, significa según la RAE, “hacer que algo dure más tiempo de lo regular”. Es decir que dure más de lo que la norma ha fijado. Por lo tanto, el término de “lactancia materna prolongada” aun siendo muy empleado, no es muy acertado al causar cierta confusión.

Como ya se ha comentado, la lactancia en la especie humana debería ir más allá de los dos años (149) (150). La leche humana sigue siendo el nutriente más importante y fundamental durante los 12 primeros meses de vida, para convertirse, posteriormente en un alimento más, que complementará la dieta del niño y niña a partir del segundo año de vida. Por lo tanto, parece ilógico el imponer un destete, para que la leche humana sea sustituida por leche de una especie diferente.

Con respecto a la duración de la LM, el Dr Lawrence Gartner, miembro de la Asociación Americana de Pediatría, refiere que “No hay establecido un límite superior a la duración de la LM, hay lactantes que son amamantados hasta los cuatro años y medio o 6 años. Esto puede ser infrecuente pero no perjudicial”.

La ciencia ha intentado dar respuesta a la duración de la lactancia en los seres humanos. En base a ello, y según distintas disciplinas (antropología, etnografía, etología, historia, estudio radio-químico de hueso y dientes) ha estimado que la edad del destete en la especie humana se sitúa entre los dos y los siete años y medio (120) (149) (150). De ello, podemos extraer que la duración de la lactancia a lo largo de los siglos ha sido superior a los dos años, y que ha ido variando conforme al contexto histórico y sus normas sociales y culturales (151).

Con arreglo a lo dicho, podemos exponer que, lactancia materna es una experiencia compleja, en la que las madres se enfrentan a falsas creencias y extendidos mitos, que respaldan opiniones como que amamantar a un niño más allá del año de edad es innecesario, e incluso llegan a afirmar que puede acarrear problemas de comportamiento, de desarrollo y salud. Por lo que, a medida que el lactante se acerca a esta “crítica” edad, socialmente establecida, si madre e hijo/a desean continuar, se enfrentan a un juicio social (147), que no ve con buenos ojos, que un niño mayor de un año continúe siendo amamantado. Una actitud hacia el amamantamiento, que con frecuencia incomoda a la madre y, que, o bien decide proseguir en la clandestinidad del hogar, o lo que es peor, acelerar

un destete no deseado (146). El amansamiento más allá del año, es una postura socialmente muy mal entendida, lo que resulta preocupante, debido a que dentro del grupo de las personas que la comparten se encuentran también profesionales de la salud, que bien, por falta de formación o desconocimiento de la evidencia científica actual, que avala con contundencia, que no existe ningún riesgo en continuar lactando con independencia de la edad que tenga el lactante (77) (72), siguen contribuyendo con su actitud a invisibilizar el amamantamiento en niños/as mayores y a que la sociedad no lo normalice.

## **2.7 Causas de abandono de la lactancia materna.**

La decisión de continuar con la LM está fuertemente comprometida por factores maternos, del lactante o condicionantes sociales y sanitarios (152). Es esencial conceder especial atención a la interacción de factores endógenos y exógenos que influyen en el amamantamiento, ya que una mujer puede tener intención de iniciar la lactancia, pero esta expectativa se puede ver truncada por obstáculos o barreras a lo largo del proceso (116).

En ocasiones el entorno que rodea a la madre, ya desde la propia maternidad a menudo entorpece un adecuado establecimiento de la lactancia. La familia o el ámbito materno, con la mejor de sus intenciones puede crear inseguridad en la madre, haciéndole creer, que el llanto del bebé es consecuencia del hambre, por falta de leche en la madre. Idea que puede ser cierta, si, por ejemplo, no existe una técnica adecuada de lactancia, ni profesionales que puedan valorarlo de forma adecuada. Una dificultad que podría ser corregida con ayuda práctica y apoyo emocional (153).

La percepción de no tener leche suficiente o hipogalactia, es una de las causas más frecuente por la cual las madres abandonan total o parcialmente la LM, (13) (154) (155) (153) (156) (157), seguida de la pérdida de peso en el lactante y/o un aumento de peso inferior a lo recomendado (154) (156) (157) (158).

El termino hipogalactia hace mención a una producción insuficiente de leche para cubrir de forma exclusiva las necesidades nutricionales del lactante. Los factores que pueden influir en la producción de leche son diversos, y pueden estar relacionados bien con la madre, con el bebé o con un inadecuado manejo de la técnica, ya que, por lo general la lactancia se instaura de manera efectiva y el bebé recibe la cantidad de leche que requiere, si esté no presenta problemas de succión y la lactancia se da a demanda (79). Por lo tanto, no hay motivo que justifique, que durante los siglos, haya cambiado la biología femenina disminuyendo su capacidad para producir leche, ya que, los casos de agalactia verdadera son poco comunes, y sólo aproximadamente, un 5% de las madres (145), presentan algún desajuste hormonal o fisiopatológico que interfiere en mayor o menor medida en una adecuada producción de leche, ante estas situaciones las madres requieren de apoyo porque la gran mayoría puede optar por realizar una lactancia mixta (79).

Otros factores ligados al abandono de la lactancia son los problemas relacionados con el pecho, como pezones pequeños o invertidos, grietas o mastitis (154) (157) (158). Así como también, aspectos asociados con características de la madre, como, edad (156) (159) (160), estado civil, clase social (154) (156), nivel de escolaridad (157)(159)(160), procedencia (156), vuelta al trabajo (156) (160), causas todas ellas mencionadas por otros autores como predictores de un abandono precoz de la LM. Por otra parte, el deseo de amamantar y una actitud positiva, así como el tener experiencias favorables anteriores con la lactancia, son aspectos que favorecen su inicio y mantenimiento, especialmente, porque, la madres que han amamantado anteriormente presentan muchas más habilidades para afrontar con éxito la lactancia (156) (154).

En otro orden de cosas, amantar es un proceso que implica un cambio en el rol de la mujer, y que origina una serie de necesidades en la madre, en donde las características socioculturales del entorno, creencia, prácticas y los recursos de apoyo que disponga la madre, van a influir en su decisión (3) (4) (161). A este respecto, en general, el apoyo social que reciben las mujeres que amamantan sigue siendo irregular, inconsistente y a menudo dogmático, lo cual influye tanto en la decisión de amamantar como en su duración (162). En este nivel social se encuadra, la familia, amigos, los servicios de salud, junto la presión de la industria de leches de formula, (162).

#### [2.7.1 Factores del nivel social y cultural que influyen en la lactancia.](#)

La lactancia es un fenómeno vinculado a cambios sociales que han ido aconteciendo lo largo de la historia de la humanidad, incluso dentro de una misma generación, esta práctica está influenciada por el contexto social y cultural en el que está inmersa la madre (151) (161).

El siglo XX, catalogado como el siglo del vanguardismo, con sus grandes transformaciones sociales, políticas, económicas, junto con notables progresos científicos y tecnológicos (163), han contribuido a subvalorar el papel de la LM. Existen una serie de circunstancias, por ejemplo; la revolución industrial en donde la mujer se incorpora al mundo laboral, cuyas precarias condiciones laborales no son nada favorables a la lactancia, asociado, a los nacimientos en hospitales, con protocolos y horarios rígidos de alimentación, que separan al RN de su madre, lo que impide un adecuado establecimiento de la lactancia. a lo que se une, un cambio de paradigma de familia extensa, sustituido por un modelo de familia nuclear aislada, que rompe con el patrón de aprendizaje transmitido de una generación a otra, y se pierde, con ello, la ayuda y apoyo que la generación anterior brinda a la nueva madre (164) (163) (165). Tomando en cuenta todas estas circunstancias, podemos enjuiciar por qué la lactancia artificial se acepta por la sociedad de la época como una alternativa más práctica, cómoda y flexible, que se adapta mejor al nuevo modelo social, que no tiene en cuenta los problemas o perjuicios que causan el empleo de este tipo de preparados (166). Una aceptación social que propicia un camino muy sinuoso a la lactancia (163)(167) y sacrifica a las generaciones futuras a ser alimentadas con leche de su propia especie, en beneficio de unos intereses presentes, que siembran multitud de problemas futuros (168).

Desde esta perspectiva social que hoy en día seguimos arrastrando, es difícil comprender ¿porque la lactancia es tan difícil y no puede continuarse hasta donde las sociedades científicas recomiendan? Existen importantes trabas sociales a las que se enfrentan las madres que inician la LM. Tal vez, la respuesta está ligada a las creencias y cultura actual que ha convertido a la leche de fórmula en el modelo social de referencia del crecimiento y comportamiento del lactante, con el que comparamos al amamantado, obstaculizando con ello el mantenimiento de la LME y el amamantamiento más allá del año de edad (76) (93) (90) (12) (169) (170) (171). Es necesario desmitificar creencias, normas y restricciones impuestas entorno a la lactancia, que son contrarias a la fisiología de la madre y del lactante, y suponen un obstáculo para la alimentación al pecho, como son, la alimentación con horarios, el control del tiempo de las tomas, la relación peso y salud, o la todavía extendida convicción de que los niños alimentados con leche de fórmula se crían igual, que los alimentados al pecho (79), idea que equipara la leche materna a la leche de fórmula (21). Estos son algunos ejemplos de creencias muy extendidas socialmente que hacen mella en el subconsciente materno creando una gran inseguridad sobre la capacidad de amamantar al recién nacido, por muy informada y preparada que este la madre puede desembocar en un abandono. El soporte social y familiar es imprescindible para la madre, en una etapa de la crianza en la que se siente más vulnerable, frágil y lábil. En un periodo donde se acrecientan las dudas y preocupaciones, que hacen que la mujer llegue a plantearse, si realmente es acertado su empeño de amamantar, buscando el apoyo de un entorno que no siempre le es favorable (172).(173). La lactancia materna requiere del apoyo de todos los eslabones de la sociedad, si queremos contribuir a proteger y promocionar esta forma natural de alimentación (26) (174) (175), es necesario el que haya una mayor sensibilización y apoyo social entorno a la lactancia (161) y una mayor implicación de las/los profesionales de la salud (26).

### 2.7.2 Factores del nivel de entorno familiar que influyen en la lactancia.

La pérdida de la cultura de la lactancia supone, a su vez, perder parte de la cultura de la mujer. El hablar de cultura femenina de la lactancia, es retrotraerse al pasado, cuando las mujeres se apoyan entre ellas, tanto durante el embarazo, como en el parto y lactancia, lo que es conveniente para convivir en complicidad y la supervivencia (79).

Un legado cultural que se transmite de madres a hijas, en donde no existe la intervención de las/los profesionales sanitarios para conseguir lactar. Una herencia, que se ha perdido a lo largo del siglo XX, encontrándonos hoy en día con más de una generación de mujeres que no han amamantado a sus hijos e hijas, y que ha contribuido a romper el eslabón transmisor de esta práctica. Más de una generación de madres no amamantó, y hoy incluso pueden actuar de barrera a los deseos de una hija que quiere amamantar (111) (176). Por consiguiente, no resulta fácil para las madres actuales llevar a la práctica lo que no han podido observar, ni tienen quien las pueda ayudar (172) (176) (177) (178). Convirtiendo un acto natural en un problema, que hace que muchas madres reclamen la ayuda del sistema sanitario, aun cuando no existe dificultad de índole médica.

Ver amamantar, o ser amamantada son factores que pertenecen al ámbito social y familiar de la madre y que influyen no solo en la decisión de la madre a amantar (161) (172) (176) (177) (178) sino también en el éxito para mantenerla (26) (172). Un bebé trae nuevos desafíos a la familia, y en este aspecto, el apoyo emocional y el compromiso de la gente más cercana, especialmente de la pareja, es primordial para brindar ayuda práctica a la madre (172), y que esta pueda atender la demanda física y emocional que el lactante necesita, así como, disponer de tiempo para poder descansar y reponer energía. En este aspecto, nos encontramos con entornos familiares facilitadores o desfavorecedores de la lactancia (161) (172) (176). No siempre el entorno familiar de la madre sabe cómo ayudar o incluso puede no prestar un apoyo adecuado. Por lo tanto, es fundamental incorporar en la educación pre y postnatal en LM al entorno familiar, especialmente, a los padres y abuelas, como figuras más cercanas a la madre y que mayor influencia ejercen en sus determinaciones y prácticas (13) (26) (161). Un entorno familiar, que necesita información sobre cómo dar apoyo físico y emocional para que la madre se enfrente con calma a las posibles dificultades que surgen durante el amamantamiento (111). Especialmente las abuelas maternas, tienen un impacto significativo sobre la decisión de cómo alimentar al bebé (161), aun cuando las madres disponen de conocimientos, información y ya hayan tomado la determinación de amamantar, también tienen en cuenta o por los menos influyen las recomendaciones que reciben de sus madres, sobre todo, aquellas madres con menor nivel socioeconómico (161). Así es frecuente escuchar: “mi madre me dijo”, “mi madre me enseñó”, criterios que demuestran que, incluso tratándose de conocimientos empíricos, son tenidos en cuenta por las madres actuales (79) (179).

Un entorno familiar facilitador, reconoce la importancia de la leche materna y el esfuerzo que supone para la madre el amamantar, por lo tanto, es fundamental que la madre cuente con ayuda práctica, para realizar distintas actividades cotidianas, dentro y fuera del hogar, y poder dedicarse con más tranquilidad al bebé y al amamantamiento (111) (172). Amamantar requiere de un ambiente cálido, amigable e íntimo (79). Y no siempre es así, ya que, las mujeres suman a la responsabilidad de alimentar a un ser que depende cien por cien de ellas, la presión de sentirse observadas “bajo lupa”, de su entorno o círculo cercano que, con la mejor de las intenciones y por puro desconocimiento, ponen en entredicho sus actuaciones, y dan consejos que pueden llegar a entorpecer la lactancia (176), recomendando prácticas que crean dudas y aumentan la incertidumbre e inseguridad en la madre, socavan su confianza y autoestima, y afectan negativamente a su capacidad para instaurar y mantener la LM (180) (181).

Las madres se enfrentan a ser cuestionadas por; la frecuencia de las tomas, por el excesivo contacto con el bebé, la calidad y cantidad de su leche. Un sinnúmero de ejemplos de algunas de las cuestiones que afrontan las mujeres lactantes, y que les infunden inseguridad y miedo, haciendo dudar a una madre cansada y agobiada que en ocasiones se siente sola ante una decisión, para la que no cuenta con el apoyo suficiente, viendo que las fuerzas para continuar van disminuyendo, siendo fácil que ante tanta incertidumbre y desequilibrio emocional, abandone en un momento que se encuentra más vulnerable a las influencias externas (161) (172).

Por tanto, tener conocimientos veraces y actuales sobre lactancia, no es responsabilidad tan solo de la madre, el contexto familiar requiere de información oportuna y precisa, para apoyar y ayudar a solucionar dificultades creando un ambiente que respete las decisiones de la madre y la acompañe en este momento. La mayoría de las madres que encuentran apoyo en su medio experimentan una lactancia mucho más gratificante, positiva y por tanto más prolongada en el tiempo (172).

### 2.7.3 Los servicios de salud y la presión comercial de la industria de sucedáneos de leche materna.

Uno de los acontecimientos más importantes en la vida de una persona es el nacimiento de un hijo o hija. El embarazo y parto, son dos importantes experiencias que pueden impactar física y emocionalmente en la mujer. A la vez, una de las decisiones más importantes a las que se enfrenta la mujer que va a ser madre, es decidir cómo va alimentar al RN.

En el embarazo, parto y lactancia, están implicadas diferentes áreas de asistencia sanitaria en donde prestan atención múltiples profesionales de la salud (médicos de familia, pediatras, obstetras, ginecólogos, matronas, enfermeras), todos ellos junto con los proveedores de cuidados de salud, son responsables de ofrecer una atención de calidad al embarazo, parto y período perinatal en el manejo de la LM, garantizando una óptima información y asistencia de calidad (37).

Se estima que el 90% de las gestantes en España desean amamantar, pero en el camino muchas de estas madres se encuentran con numerosas trabas para conseguirlo. La atención sanitaria que reciben las madres durante el proceso de amamantamiento, es fruto de un sistema cuyos profesionales arrastran prejuicios, creencias y mitos, reflejo de la cultura en la que se forman, y en muchas ocasiones expresan su propia experiencia o punto de vista y no proporcionan la ayuda, ni las recomendaciones adecuadas (174) y esto conduce en muchos casos al fracaso de la LM. La solución es sencilla, si existiera una mayor formación sanitaria en LM (111) (174). La falta de formación, reciclaje de conocimientos y medicina basada en la evidencia, socaba en muchas ocasiones la lactancia (145), en aquellas madres lactantes con dificultades, que no encuentran en el sector sanitario la ayuda oportuna, y buscan la certidumbre de la fórmula (182). La formación académica de las/los profesionales sanitarios, en un campo tan amplio y específico sigue siendo actualmente inadecuada e incompleta (174) (183) (184). La formación en lactancia debería formar parte de cualquier grado y ser una asignatura que se incluyera dentro de las carreras del área de la salud, y una especialidad para preparar a las/los profesionales que vayan a atender a madres y/o bebés. Una formación que combine conocimientos en lactancia con el desarrollo de habilidades, que posibiliten, a la vez de informar adecuadamente, poder solucionar aquellos problemas que acontecen durante el amamantamiento (174). Además se requiere, que desde el sistema sanitario, se fomente la formación continuada, para cambiar la actitud de algunos profesionales y modificar prácticas y rutinas que están obsoletas y perjudican a la LM (13) (37) (123).



Las madres reclaman de profesionales que asuman la responsabilidad, no solo de apoyarlas en el proceso de amamantar, sino que las hagan sentirse respaldadas cuando deciden prolongarla, brindándoles ayuda y apoyo sin contradicciones (161). Orientándolas para compatibilizar lactancia y la vuelta a la vida laboral (154) (185), no recomendando administrar de forma innecesaria y poco justificada suplementos de leche de fórmula (13), que afectan negativamente a la lactancia, y suponen un riesgo innecesario para la salud de ambos (18) (19) (20) (92) (95), a la vez que un importante gasto sanitario (93) (38) (90). Muchos de los problemas que acontecen durante la lactancia, se podría resolver identificando cuál es la causa, si es que lo hay, y orientando a la madre de cómo debe ser el manejo para mejorar la situación. Las madres solicitan, que antes de recomendar un suplemento de leche de fórmula, se les ayude, con otras alternativas, que permitan continuar con una lactancia satisfactoria (64) (174). Porque, cambiar la leche materna, por un biberón de leche de fórmula es fácil, pero hacerlo a la inversa es una cuestión complicada. Además, las madres, que realmente no pueden amamantar son muy pocas, y con certeza habría menos aún, si todas ellas recibieran la ayuda oportuna, en lugar de ante la mínima dificultad recomendar leche de fórmula. Una práctica que consigue además de socavar la lactancia, generar dudas en la madre, contribuyendo a difundir la idea que tan solo una pocas pueden lactar.

Al mismo tiempo, es fundamental que las/los profesionales de la salud, en especial los ligados al área materno-infantil, conozcan y apliquen la totalidad del contenido del código de comercialización de sucedáneos de leche materna, solo así, las madres podrán recibir información libre de presiones de la industria de leche de fórmula infantil (12). El sector sanitario no puede ser utilizado de intermediario, para poner a disposición de las madres una sustancia que nunca podrá competir, honesta y exitosamente con la leche humana (186).

Uno de los factores responsables de no iniciar o abandonar de forma temprana la lactancia materna es la presión social que ejercen los fabricantes de sucedáneos de leche materna con el objetivo de influir en la decisión de las madres (13).

La alimentación con sucedáneos de leche materna, ha sido considerado el mayor experimento de la historia de la humanidad, realizado a escala mundial, sin valerse de un grupo control (79) ,un negocio de la industria farmacéutica, que no hubiera sido tan fructífero sin el empleo de prácticas comerciales poco éticas, agresivas, desmesuradas y mayormente engañosas. Que ha utilizado al sector sanitario para hacer llegar a las madres muestras de leches y materiales promocionales (14). Campañas publicitarias que han hecho progresar una industria que cuenta actualmente con una amplia gama de leches especiales para lactantes de diferentes edades o para abordar distintos problemas digestivos y alérgicos que afectan al lactante. Sin embargo, a pesar de esta variedad de producto, ningún sucedáneo es comparable a la leche humana, por mucho que la industria se empeñe en imitarla nunca llegara a ser equiparable.

La industria de las leches de fórmula infantil, no ha escatimado en invertir recursos económicos en campañas publicitarias para captar la atención y promover sus productos, empleando para ello mensajes cuestionables y nada apropiados que atentan contra la salud y vulneran el derecho del lactante a ser amamantado (21), a pesar de haberse comprometido a respetar los principios del Código, regular la promoción y comercialización de sus productos y recomendar la leche materna como la forma de alimentación idónea para el lactante (187), no ha pasado de ser un pacto de buenas intenciones, en donde este poderoso “lobby” de la industria farmacéutica de sucedáneos, ha sido mucho más veloz que, la normativa del Código, legisladores, organismos e instituciones, con el fin de continuar con sus maniobras mercantiles, eludir a través de sutiles estrategias comerciales todos estos requerimientos. Propiciando, que un alimento completo, inocuo y natural, sea sustituido por uno manufacturado (3). Muestras de ello, las podemos observar en el merchandising de carteles, calendarios, bolígrafos, etc., presentes todavía hoy en las consultas de los centros sanitarios, a pesar de estar explícitamente prohibido, siguen existiendo muestras de leches de fórmula de inicio y todo tipo de productos de alimentación infantil, que la industria entrega a las/los profesionales, con el objetivo de hacerlos llegar a los padres, porque si no... ¿para qué están en las consultas? No escatiman en estrategias comerciales encubiertas detrás de cursos de formación dirigidos al personal sanitario, financiados por sus empresas productoras de leche infantil (3) (188). ¿Qué enseñanza sobre promoción, protección y apoyo a la LM van a brindar estas empresas a las/los profesionales, sin que exista conflicto de interés? ¿Qué beneficio existe detrás de los obsequios destinados a las gestantes? como las “cajas regalo”, que todavía hoy se siguen entregando a través de las matronas en algunos centros sanitarios. Un obsequio en donde no faltan dádivas como, vales de obsequios de bienvenida y cupones descuento, que los padres deben rellenar con sus datos, a cambio de conseguir suscripciones gratuitas a revistas de crianza, en la cual la industria de sucedáneos de leche materna publicita sus productos, e invitan a la vez, a los padres a plataformas digitales, en donde participar en chats online, newsletter, ofreciéndoles información y consejos sobre alimentación (162). En definitiva, una forma particularmente perniciosa de promocionar sus productos, a través de todo un mundo digital de alcance ilimitado, y muy complejo de controlar (189), y que ha contribuido a impulsar un modelo cultural de alimentación, con horarios estrictos y controlados, donde el pesaje de los niños y niñas se convierte en un inequívoco juez del crecimiento infantil, sembrando la duda en la capacidad humana de amamantar, convirtiendo la alimentación al pecho materno en algo difícil y científicamente cuestionado (190), en pro de una leche que ha llegado, a ser considerada socialmente, una alternativa equivalente a la leche humana (191). Muchos de las/los profesionales sanitarios siguen contribuyendo a ello, sin llegar incluso a ser conscientes, que los fabricantes de leches de fórmula infantil siguen entrando de su mano, con el aval incluso de la literatura médica (no científica y no objetiva) en los hogares, persuadiendo a miles de familias a no iniciar la lactancia, suplementarla o suspenderla cuando surge algún problema (14) (3). Algo que no sucedería, si estas familias encontraran en el sector sanitario la protección y el apoyo en línea con la ayuda que demandan (191) (164) (156) (192).

Es tal la presión que la industria ejerce, que según el informe realizado por la organización Save The Children (193), seis de las principales compañías de leche de fórmula gastan en publicidad al año, la escalofriante cifra de, 5.600 millones de euros. Si la LM fuese la forma común de alimentación, se podrían salvar la vida de más de 800.000 bebés al año y ahorrar 300.000 millones de dólares en gastos médicos en el mundo (3) (38). Algo que podría ser en gran parte evitado con una adecuada información y cumplimiento del Código.

Es necesario seguir desplegando esfuerzos en promover la lactancia, en beneficio de una mayor prevalencia y duración de la misma, una práctica que año tras año sigue sin alcanzar los objetivos marcados (1), a pesar del empeño y trabajo realizado por organismos como IHAN, cuya implementación ha demostrado ser eficaz en cuanto a proteger, promover y apoyar la LM (194) (195) (196). Es primordial continuar avanzando, y contar con más hospitales y CS IHAN, con el objetivo de detener prácticas inapropiadas, y aumentar las tasas de prevalencia y la duración de la LM. Es esencial contar con más profesionales formados y capacitados en LM, para mejorar las prácticas hospitalarias y de los centros de salud, y disponer de leyes más estrictas que permitan la puesta en vigor del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (3) (186). Porque para aumentar la prevalencia y duración de la LM, es fundamental erradicar todas aquellas prácticas que socavan la lactancia, y ello requiere de un mayor esfuerzo a nivel colectivo, donde deben de involucrarse gobierno, sistemas de salud y sociedad en general (3).

## **2.8 Educación en lactancia.**

En la actualidad, existe evidencia científica suficiente para afirmar que las intervenciones de atención sanitaria que las mujeres reciben durante el embarazo, parto y posparto (atención prenatal y postnatal) influyen en las actitudes que la madre adopte hacia la lactancia, aumentando su inicio, duración y exclusividad (5) (13) (21) (26) (37) (161) (173) (197) (198) (199) (200). Información que debe ser ofrecida por personal de salud con conocimientos y habilidades actualizados en LM(21) (134) (111) (201).

Los programas de educación prenatal, surgen en Europa a principios del siglo XX, con el objetivo fundamental de contribuir a reducir el dolor y mejorar el afrontamiento del parto a través de la información y la preparación física de la futura madre, llegándose a llamar “Cursos para el parto sin dolor”. Posteriormente con la generalización de la anestesia epidural este enfoque cambió, y se fueron incluyendo otros temas relacionados con la maternidad como es la LM (202). Sin embargo, esta preparación prenatal, sobre LM no siempre es adecuada y completa (26) (111) (162) (203), en ocasiones se limita a resaltar los beneficios y la superioridad de la LH frente a la leche de fórmula, cuando lo adecuado es enfocarlo sobre los riesgos que comporta la leche artificial (13), y que podrían evitarse aumentando la frecuencia y duración de la LM (13) (76) (110). Además, el proporcionar información de los beneficios de la leche materna sobre la leche de fórmula contribuye a comparar, dos formas de alimentación que nada tienen de equiparables, y a valorar a la leche de

formula, como una alternativa, un sustituto de la leche materna (13). También es importante mencionar, que ofrecer información sobre los beneficios de la LM, puede ser relevante para aquellas madres que todavía no han tomado la determinación de cómo van a alimentar a su bebé, no obstante, sobre este aspecto, hay que tener en cuenta, que las mujeres toman la decisión de dar o no LM antes del embarazo o, como tarde, en el primer trimestre del mismo (5). En relación con lo mencionado, otra de las recomendaciones durante la preparación prenatal, que debería ser tenida en consideración, es no preguntar a la gestante la forma con la que desea alimentar al RN, ya que, y lo esperado es que esta decisión la tome cuando haya recibido una información adecuada (162). Además, cuando el profesional conoce de antemano la intención de la madre de no amamantar, resulta más complicado el continuar hablando de lactancia materna (79).

Lo apropiado es que durante la preparación maternal, las futuras madres, reciban información teórico-práctica de como poder llevar a cabo una lactancia con éxito (161), incluyendo aspectos de cómo debe ser el inicio de la LM, contacto precoz, comportamiento del bebé, alimentación a demanda, postura correcta, calostro y subida de leche, riesgo del empleo de suplementos y chupetes, dificultades más frecuentes durante el amamantamiento y sus soluciones (dolor, grietas, ingurgitación), como seguir manteniendo la lactancia a la vuelta al trabajo, así como ofertar a todas las gestantes la asistencia al taller de lactancia (79). La evidencia respalda que las mujeres que reciben una adecuada preparación prenatal en lactancia, ante la presencia de algún tipo de problema o dificultad durante el amamantamiento (21), presentan una mayor reticencia a ofrecer suplementos de leches de fórmula. La información y preparación prenatal en lactancia dota a las madres de habilidades para buscar ayuda y superar dificultades, sin tener que recurrir al empleo de leches de fórmula como primera alternativa. Una opción que mayormente agrava el problema, y contribuye a perpetuar la alimentación con leche de fórmula como norma de alimentación infantil, y a mantener este patrón como referencia del comportamiento del lactante, cuestionando la conducta de los que son amamantados (22). Por lo tanto, es recomendable, que la información que se ofrece a la madre lactante, durante la educación prenatal, acepte de partida el amamantamiento como la forma natural de alimentar al RN, e ir revisando y ampliando esta información a lo largo de las diferentes sesiones prenatales.

La falta de preparación y el desconocimiento de estos aspectos mencionados u otras situaciones que causan inquietud e inseguridad en la madre, son un gran freno para la lactancia (204). Mientras que, una buena preparación prenatal en lactancia, ayuda a que la madre este mucho más tranquila y relajada, contribuye a que tome decisiones por sí misma, a que considere normal que el recién nacido reclame frecuentemente el pecho, porque es consciente de que esta es la forma adecuada de alimentar al bebé, y que este no solo necesita alimentarse, sino también precisa de contacto permanente para sentirse protegido y seguro (205). Por lo tanto, muchos de los mitos entorno a la lactancia, pueden evitarse cuando la madre recibe educación sanitaria, una forma efectiva de anticiparse a las situaciones que puedan surgir, a través de una adecuada preparación maternal, aumentando con ello la confianza y seguridad en la madre, para superar situaciones

adversas durante el proceso de lactancia, disminuyendo el riesgo de suplementar innecesariamente (162) (206).

De este modo el periodo prenatal, se convierte en el momento idóneo para brindar a las madres información objetiva (independiente de intereses comerciales) sobre la forma idónea de alimentar a la criatura. La gestación es una etapa, en donde la mujer se encuentra más receptiva a incorporar conocimientos y habilidades, que contribuyen al desarrollo de actitudes positivas, para el afrontamiento de los posibles problemas y dificultades que pueden acontecer posteriormente durante el amamantamiento (26) (173) (197) (199) (207).

Por lo cual, a pesar de que, amamantar es un acto propio de la biología de la mujer durante esta etapa, la madre se enfrenta además de al malestar físico a consecuencia del parto, a dificultades y dudas sobre aspectos de la crianza y lactancia. Un proceso complejo que en ocasiones puede convertirse en una carrera de obstáculos haciendo que la lactancia no sea tan sencilla como se esperaba. Amamantar es una conducta que precisa de decisión, compromiso, tiempo y relación emocional con el lactante, sobre todo requiere que la madre confíe en su biología e instinto, porque si bien los bebés saben qué hacer cuando nacen, las mujeres necesitan de información, aprendizaje y ayuda profesional y del entorno (26) (79). Y no siempre las madres que amamantan cuentan con el apoyo del entorno familiar y social; en este sentido resaltar el importante papel que juegan los grupos de apoyo a la lactancia, resultando ser una de las intervenciones que en mayor medida contribuyen a incrementar el inicio y duración la LM (21) (25) (93) (199) (208). Una forma de ayuda entre madres lactantes, que ha sustituido a la función que tradicionalmente desempeñaba el entorno familiar.

No es fácil comprender la importancia que tienen los grupos de apoyo a la lactancia, sin conocer el contexto de sus orígenes. Estos grupos responden a una necesidad de apoyo y ayuda a la lactancia que se perdió a mediados del siglo XX, periodo en donde el parto cambio de escenario, trasladándose del interior del hogar a los hospitales, en donde se usurpo a la mujer todo protagonismo, y a la familia la posibilidad de ofrecer apoyo practico y emocional a la madre (79). Lo cual tuvo consecuencias negativas tanto para la instauración de la lactancia como para su duración. La idea de que lo científico-técnico es mejor que la biología natural, privo a la mujer del control de su propio cuerpo y limito su capacidad de decisión. El bebé era separado de su madre para dejarlo en el nido o salas cuna, y solo era devuelto a los brazos de su madre, cada tres horas para ser amamantado, diez minutos de cada pecho. Actuación muy en contra del proceso fisiológico de la producción láctea que tuvo como consecuencia el fracaso de muchas lactancias, y por añadidura, calar en el imaginario social la idea de que amamantar es algo difícil y complicado, que tan solo logran unas pocas madres, el resto debía de recurrir al empleo de leches de fórmula (79).

Ante la alarma que esta situación ocasionó, en 1956, en pleno auge de la cultura del biberón, un grupo de madres de Chicago, con el objetivo de dar apoyo a las madres que amamantan, funda “La

Liga de la Leche” (79), actualmente una organización internacional que se encuentra en más de 85 países, a pesar de que los inicios de estos grupos de apoyo a la lactancia fueron duros, lentos y el reconocimiento en sus orígenes, escaso.

En España la historia de los grupos de apoyo a la lactancia materna comienza alrededor de los años 80, con la asociación “Vía Láctea” en Zaragoza, “La Liga de la leche” en Euskadi, y el Grupo “Gala” en Barcelona (79). En Valencia en 1993 se funda “SINA” y posteriormente en el año 2002, el grupo “Amamanta”. Asociación que nace del seno del primer taller de lactancia del Centro de Salud de Villamarxant de la mano de su matrona Rosario Rosada. Hoy en día, gracias al esfuerzo de estos colectivos, prácticamente todos los centros de salud de la Comunidad Valenciana (CV) cuentan con un taller de lactancia materna.

Los grupos de apoyo a la lactancia, son pequeños grupos de embarazadas y/o mamás que están amamantando que se reúnen de forma periódica para compartir experiencias, apoyo e información acerca de la LM (79). El objetivo de los grupos de ayuda a la lactancia es motivar y ayudar a las madres a amamantar, y están abiertos no solo a madres durante el proceso de lactancia, sino también a gestantes, parejas y aquellas personas que deseen acompañarlas (79).

En la actualidad los grupos de apoyo a la lactancia básicamente funcionan de dos formas:

- Grupos de apoyo para madres.
- Grupos de apoyo madre a madre.

Los **grupos de apoyo para madres** están coordinados por un profesional de la salud, en estos grupos, las madres reciben además del apoyo entre iguales, la ayuda de un profesional formado en lactancia, que no necesariamente, tiene que ser madre o tener experiencia propia en lactancia. Se trata de un servicio profesional, que se da desde el sistema sanitario (25).

Los **grupos de apoyo madre a madre**, están coordinados por una madre que amamanta o ha amantado, y que además de poseer experiencia personal ha recibido cierta formación en LM (25). no existe la figura del profesional sanitario, especialmente porque muchos de los problemas, dudas y dificultades de lactancia a los que se enfrentan las madres lactantes, no son de carácter médico y pueden ser resueltos con la ayuda entre iguales (25).

El secreto del éxito y relevancia de los grupos de apoyo a la lactancia radica en el cumplimiento de una serie de requerimientos (25):

**Cercanía:** posibilita el compartir experiencias entre iguales, es decir, con otras madres que amamantan o han amamantado.

**Igualdad:** las recomendaciones son más veraces cuando provienen de personas que están en la misma situación o que han pasado por circunstancias similares.

**Calidez y empatía:** las mujeres en los grupos de apoyo practican la escucha activa, y son sensibles a los sentimientos y emociones del resto de madres.

**Experiencia:** la vivencia de otras mujeres que han amamantado o están amamantando y han sufrido algunas de las dificultades más comunes de la lactancia, permite que otras madres aprendan de su veteranía, contribuyendo a normalizar muchas de las dificultades que pueden ser vistas como un problema para continuar con la lactancia.

**Escucha:** el oír a otras mujeres, posibilita detectar necesidades que la madre tal vez no perciba, y a su vez, la anima a pedir ayuda.

**Normalización:** conocimiento que la lactancia se puede llevar a cabo con tranquilidad y en cualquier lugar.

**Vínculos:** posibilita el crear lazos de amistad con otras madres, cumpliendo una importante función social.

**Oportunidades:** ver cómo otros niños de distintas edades se desarrollan, descubriendo estilos de crianza distintos, aprendiendo cómo afrontar las barreras y críticas sociales que con frecuencia presentan las madres que amamantan, lo cual supone un aliento para continuar amamantando.

En definitiva, la escucha y la experiencia entre pares, refuerza el sentimiento de normalidad de la lactancia, contribuye al empoderamiento de la mujer lactante, ayudándola a superar problemas y barreras entorno a la LM (208) (203) . Las madres que acuden a los grupos de apoyo a la lactancia, son más resolutivas y capaces de identificar sus propias necesidades, y pedir ayuda profesional en caso de necesitar remediar posibles problemas que así lo requieran (25).

No obstante, no todas las mujeres acuden a los grupos de apoyo a la lactancia, algunos grupos sociales; grupos étnicos o población inmigrante, suelen beneficiarse en menor medida de este tipo de actividades o programas (28) (34) (160), por falta de tiempo o en otros casos por no sentir la necesidad, bien por desconocimiento de su existencia, o porque presentan una mayor resistencia a formar relaciones de confianza con las/los profesionales sanitarios, incluso porque culturalmente se sienten distanciados, existe una menor participación de estos sectores de la sociedad, por lo que es básico detectar las barreras que dificultan el acceso de esta población, con el fin de facilitar que los grupos de población más vulnerable de no amamantar o a abandonar la LM participen y se beneficien de estas actividades (12).

Para facilitar la participación y el acceso de toda la población a los grupos de apoyo a la lactancia, es necesario eliminar barreras culturales, adaptando estos programas si es preciso a las características y peculiaridades de los diferentes grupos sociales (162) (209) (210), ello requiere, a su vez, que las/los profesionales sanitarios tomemos conciencia de la existencia de distintas creencias, tradiciones culturales y mitos, que aun pudiendo ser contrarios a la evidencia, requieren de un abordaje sin prejuicios y desde el respeto (209).

En definitiva, la información y educación en LM es fundamental para recobrar la cultura de la lactancia, especialmente en países como España, en donde durante décadas la leche de fórmula ha sido la norma de alimentación infantil (26). Vivimos en una sociedad en donde la información está al alcance de cualquiera, resulta incompresible que respecto a la LM haya tanta desinformación, en libros, revistas, televisión, cine, escuela, familia, e incluso dentro del sector sanitario. Desinformación que contribuye a que socialmente se sigan transmitiendo normas de alimentación infantil contrarias a las biológicas y perjudiciales para la salud. Por tanto, si deseamos que la práctica de alimentación al seno materno vuelva a ser la norma cultural que se perdió, es importante que los conocimientos sobre LM se integren dentro del sistema social y educacional (10) (90) (172) (211) (212), y que todos los sectores de la sociedad seamos eslabones responsables en recuperar la cultura de la LM (3) (5) (14).

## **2.9 La influencia de los factores culturales en la lactancia materna.**

Es preciso considerar que actualmente las personas se encuentran dentro de una sociedad donde se relacionan con otras personas que culturalmente tienen tradiciones, religión y estilos de vida distintos. Este pluralismo cultural de la sociedad actual influye en los procesos relacionados con la salud y la enfermedad, y por ello, se requiere que las/los profesionales de la salud conozcan, comprendan y respeten estas diferencias (161) (213).

### **2.9.1 España un país multicultural.**

La sociedad actual es culturalmente heterogénea, a menudo vemos que en un espacio geográfico conviven personas con costumbres, ideas y creencias distintas. Conviene recordar que este multiculturalismo no es un fenómeno nuevo, la historia de los procesos de desplazamientos de poblaciones han sido una constante histórica tan antigua como la existencia de la humanidad. De hecho, gran parte de nosotros somos fruto de un mestizaje de culturas que durante siglos han convivido (romanos, judíos, árabes, godos, etc.), por lo tanto, muchas de las costumbres, creencias, tradiciones que consideramos propias, son en realidad el legado de diferentes culturas que han pasado por la península a lo largo de los siglos (213).

Convivir en un mundo multicultural no significa tener un denominador común, por supuesto todas las culturas presentan características universales, pero también poseen otras que van a ser muy



distintas. Por lo que es necesario trabajar hacia la flexibilidad transcultural (214) (215), sin que el otro tenga que renunciar a su identidad y costumbres. Estas diferencias y semejanzas deben de ser identificadas y comprendidas para poder tener una actitud de empatía y respeto con los individuos, familias y comunidades de culturas distintas (161) (214) (216). El formar parte de una cultura minoritaria, no significa someterse a las condiciones que imponga la cultura dominante, en este aspecto, la diversidad cultural demanda de la sociedad que esta modifique actitudes hacia los grupos minoritarios, en especialmente en aquellos grupos socialmente más desfavorecidos, facilitando que estos se integren dentro de la misma sociedad (216) (217).

Dentro de estos grupos más vulnerables socialmente nos encontramos a la etnia gitana. Esta representa la minoría étnica numéricamente más significativa y más antigua en España. Un pueblo que forma parte de la población española desde el siglo XV (217). Las circunstancias sociales de la población gitana son muy heterogéneas, existen personas gitanas de muchos niveles socioeconómicos, también las hay que están más integradas dentro de la sociedad que otras. Pero por lo general se trata de un colectivo más desfavorecido, que dispone de menos recursos económicos, y que presentan una mayor vulnerabilidad a la exclusión social (217).

Desconocemos con exactitud el número de gitanos que viven en España, ya que, el censo oficial no recoge datos étnicos, aunque se estima que, la población española gitana es de alrededor de 725.000 750.000 personas (217), de los cuales 52.000 residen en la CV (218). La población gitana española es muy joven en relación con la población no gitana; alrededor de un tercio son menores de 16 años (217) (219). Sus tasas de natalidad son mucho más elevadas comparado con el resto de la población española no gitana (64 por mil en la población gitana, frente a un 14 por mil en la población paya) (218). De ello se puede deducir la precocidad con la que esta etnia suelen contraer matrimonio, edad que se sitúa entre los 16-20 años para las mujeres gitanas, y entre los 20-22 años para los hombres gitanos (218).

Hablar de gitanos y gitanas es hablar de una comunidad étnica con un acervo cultural heredado a través de la raza; conservado y transmitido gracias a la familia, piedra angular de esta comunidad (220). Un de los factores que mayormente ha frenado su integración social, ha sido la precariedad laboral que sufre esta etnia (217) (219). A pesar de que han trabajado siempre y desde edades muy tempranas, su baja cualificación y formación ha contribuido a que desempeñan mayormente trabajos de baja cualificación y de alta temporalidad, sin derechos laborales, lo cual ha propiciado una economía inestable y condicionado en gran medida su integración (217).

La gran mayoría de los gitanos y gitanas no finaliza la etapa de educación obligatoria (219) (221), dentro de su cultura existe la generalizada idea de que, la educación desarraiga y los convierte en ignorantes de su cultura. Suficiente con cursar unos años de enseñanza básica, con el fin de adquirir los conocimientos esenciales para desenvolverse en ocupaciones del sector de la venta ambulante que, principalmente, es una de las actividades que mayormente desempeñan. La escasa formación,

cobra mayor relevancia en el caso de ser mujer. Generalmente las mujeres son casadas a mucho tardar a los 18 años, y para permanecer al cuidado del hogar y de su familia es suficiente con que la madre las prepare para estos menesteres. Sin embargo, actualmente son cada vez más las familias gitanas que dan mayor importancia a la formación académica de sus hijos e hijas, con el deseo de que la formación les permita acceder a mejores empleos (220) (222).

También el fenómeno migratorio vivido en España ha dado paso a nuevas minorías étnicas, procedentes de otros lugares del mundo (África, América, Asia y del Este de Europa). En este país de más de cuarenta y siete millones de habitantes, un 11,42% de la población son extranjeros (223), y uno de cada seis nacimientos son hijos de padre y/o madre de origen extranjero (224). En la provincia de Valencia de un total de 2.288.027 habitantes empadronados, son extranjeros 260.871, constituyendo estos el 11% de la población, de los cuales el 52,21% son mujeres (223). Por lo tanto, podemos afirmar que actualmente la población española es bastante heterogénea hablando desde el punto de vista étnico, educativo y socioeconómico.

El acercamiento a la diversidad humana ayuda a enmarcar a las personas para entenderlas dentro de su cultura, por supuesto, como ya se ha mencionado, sin perder de vista que cada individuo es único y que en cada persona existe también una pluralidad que la diferencia. No se trata de un patrón cultural por el cual las personas inmigradas de un mismo lugar, o pertenecientes a una etnia determinada, actúen de una misma manera ante parecidas situaciones. Las cuestiones culturales no pueden ser tomadas de forma categórica y rígida. No es cuestión de estereotipar, dado que, no hay comportamientos y manifestaciones culturales estancos. En este aspecto, es fundamental conocer que existen un conjunto de valores, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que enmarcan y unen culturalmente a las personas dentro de un grupo social, existiendo a su vez, como se ha mencionado una variabilidad individual entre las personas pertenecientes a una misma cultura (215).

Este considerable incremento de personas procedentes de otros países, ha dado lugar a que la población en situaciones menos favorables social y económicamente aumente en nuestro país. Una precariedad con la que también se encuentran gran parte de la población de etnia gitana a pesar de ser ciudadanos españoles de pleno derecho. En este sentido, el Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración, dictamina que, en el ámbito de la salud, las personas extranjeras al igual que el resto de los ciudadanos españoles, poseen pleno derecho de “acceso a las prestaciones del sistema público sanitario y a una asistencia sanitaria de calidad”. Siendo responsabilidad del Estado, no restringir el acceso de las personas a los servicios sanitarios, incluido los programas de promoción de la salud, actividades que contribuyen a facilitar la integración y participación de los inmigrantes y minorías étnicas en la sociedad (216).

El aumento durante los últimos años en España, de mujeres procedentes de otros países (225), a dado lugar al fenómeno denominado “feminización de la inmigración” (226). Generalmente se trata

de mujeres jóvenes, sanas, que a pesar de que no sufren patologías diferentes a las de la población autóctona (225), la experiencia de migrar, supone un proceso de adaptación que en ocasiones conlleva una ardua experiencia; asociada a la preocupación de circunstancias diversas como: tramitación de papeles para la regulación en el país, falta de trabajo o empleos precarios, cargas familiares en el país de origen o en el de acogida. A lo que hay que añadir, el idioma y el choque cultural; en resumen, un sinnúmero de situaciones que pueden influir negativamente en la salud física y mental de estas mujeres y en consecuencia en la forma de relacionarse con el nuevo entorno (225).

Es común que las personas abandonen su país de origen buscando en el país de acogida un mayor estatus socioeconómico (227). Por lo general, la mayoría de estas personas proceden de países con menores recursos sanitarios que los que les ofrece el sistema sanitario español, del cual no siempre conocen ni todas sus prestaciones, ni la forma de acceder a ellas. Habitualmente, contrariamente a lo que se cree, la población inmigrante suele hacer menor uso de la atención sanitaria que la población española, tan solo se aprecia un ligero aumento en cuanto a la frecuentación de los servicios de urgencias con respecto a la población autóctona, posiblemente porque, como ya se ha mencionado, se trata de población joven y sana (226).

En cuanto a la tasas de embarazos, estas son más altas en las mujeres inmigrantes que en las españolas (228), igualmente sucede con la prevalencia de inicio de la LM, que es más alta entre las mujeres inmigrantes que en las mujeres nativas (7) (27) (28) (29). Durante el proceso de gestación las mujeres inmigrantes acuden al control y seguimiento del embarazo, pero es muy escasa su presencia en las clases de preparación maternal (229) (228). Debido a la disparidad cultural, a la ausencia de este tipo de programas en sus países de origen, la existencia en algunos casos de barreras idiomáticas, o bien por la incompatibilidad de horarios de trabajo, su participación en este tipo de programas de educación maternal y talleres de lactancia es menor (229) (228). Por otra parte, la actual sobrecarga asistencial que viene sufriendo el sector sanitario, dificulta que puedan organizar intervenciones adecuadas y coherentes a las particularidades de la población inmigrante y minorías étnicas, a lo que se añade en ocasiones, una escasa formación en actividades y prácticas culturales (4) (228) (230). Esto da lugar a que se infunda un clima de desconfianza, incluso recelo, por parte de estos pacientes, a que sus creencias no sean respetadas, que junto con la actitud de rechazo cultural de algunos/algunas profesionales, (a veces no asumido), van a ser los factores que agraven el riesgo de exclusión de esta población a los diferentes programas de educación maternal (24).

Las/los profesionales sanitarios debemos de adaptarnos a esta “diversidad” cultural para ofrecer una asistencia sanitaria desde una competencia cultural realista (4) (21) focalizando acciones hacia la población más vulnerable, con el fin de garantizarles una asistencia equitativa a la del resto de la población. Es necesario prestar una atención culturalmente más competente que contribuya a incrementar la participación en los programas de educación maternal a los grupos de mujeres socialmente más desfavorecidas, para ello, se requiere que las/los profesionales adquieran

formación en temas relacionados con las creencias, costumbres y prácticas culturales relacionadas con la maternidad, mostrando en el desarrollo de estas actuaciones, a su vez, respeto por la diferencia cultural (4) (21) (24).

En definitiva, el crecimiento de minorías étnicas en España es sólo el preámbulo de lo que puede suceder en las próximas décadas con la entrada de un mayor número de inmigrantes, por lo que, es conveniente empezar a ocuparse de la integración social de estos colectivos desde todos los ámbitos (sanitario, laboral, educativo, etc.) (216), ya que, estas personas son los padres y las madres de los españoles del mañana.

### 2.9.2 Mujer y etnia gitana.

Los valores tradicionales gitanos están sumamente arraigados en la cultura gitana, y aunque al igual que en otras culturas, estos se han ido transformando y asimilando a la cultura mayoritaria, lo que ha derivado en una posibilidad mayor de modernización dando cierta libertad a valores individuales, incluyendo los de la mujer (222), hoy en día siguen existiendo sustanciales diferencias culturales en relación con la población paya. Esto se manifiesta claramente en que gran parte de las mujeres gitanas se sitúan en un rol de género tradicional (220), lo que nos lleva a decir que la estratificación de poder en la cultura gitana es construida mediante el sexo y la edad. La Autoridad y el mando, es ejercida por las personas más ancianas hacia las más jóvenes, y de los hombres sobre las mujeres, una norma cultural que bien relata Matéo Maximoff (231), escritor francés de etnia gitana, “De pequeña, obedece a su padre, de jovencita a su padre y sus hermanos; de casadera a su marido y de vieja a los hijos”. La bibliografía científica nos dice que la feminidad gitana se construye de manera subyugada en el orden de género, es decir, que los miembros de esta comunidad ejercen un importante control y vigilancia sobre la conducta, actitud y aspecto que debe tener la mujer gitana, ello condiciona en gran parte su manera de proceder y su libertad de decisión (231). No obstante, es difícil de enmarcar todo esto sin caer en simplificaciones estereotipadas, ya que ninguna mujer vive en sinonimia total con los patrones convencionales por muy arraigados que estén a su cultura, y por supuesto la mujer gitana actual no es la excepción. La feminidad gitana actual se enfrenta a la disyuntiva de cumplir con el arquetipo de feminidad tradicional que le es establecido culturalmente, y, por otra parte, a una feminidad distinta inserta en una sociedad que le ofrece más oportunidades y por supuesto desea aprovechar (231). A pesar de que todavía hoy, existe en la población gitana un pronunciado reparto de tareas entre sexos, que asigna a las mujeres el rol principal del cuidado del hogar y la crianza de los hijos, y responsabiliza al varón del sustento económico familiar, lo que le permite al hombre una mayor libertad para poder realizar otras actividades, sin que interfiera en la responsabilidad del hogar y crianza de los hijos. Esta relación entre la masculinidad hegemónica (232) gitana y la feminidad hegemónica gitana, contribuye a perpetuar la posición masculina de poder, colaborando a que el modelo social esta conducta se perpetue en las generaciones siguientes (231). Con todo lo dicho, es fácil dar solidez al estereotipo de la mujer gitana como una mujer sumisa dominada por la jerarquía familiar, pero debemos de ser críticas con este arquetipo poniendo

en valor la figura de la mujer gitana como agente social con una fortaleza suficiente como para mantener a su familia cohesionada. (231). No hay que hacerse un cliché erróneo de la mujer gitana ya que ha sido capaz, de, proseguir con los valores y normas de su tradición gitana, y por otra parte conseguir un mayor grado de libertad y permisibilidad para conseguir una mayor promoción personal y social, en síntesis, una hibridación de nuevas propuestas culturales, pero sin poner en peligro sus señas de identidad gitana. Un ejemplo claro y real de como la modernidad y la tradición pueden ir unidas de la mano (231).

### 2.9.3 Cultura y lactancia materna.

La decisión de amamantar está más influenciada y condicionada por factores sociales y culturales. (4), mientras que el mantenimiento de la LM depende en gran medida del apoyo que reciba la mujer del entorno familiar y sanitario (4) (21) (161).

A nivel social, la madre lactante recibe información y recomendaciones del medio donde se desenvuelve, mensajes que en ocasiones pueden resultarle discordantes con los conocimientos e información que la madre ha adquirido en su proceso de socialización. Los arraigos culturales respecto a la LM, pueden suponer una dificultad tanto para iniciar como para mantener la LM (21) (233), ejemplo de ello lo tenemos en algunos grupos étnicos que mantienen todavía la creencia de que el calostro debe de ser desechado, pues se trata de una leche de mala calidad, y en consecuencia los primeros días el RN no debe ser alimentado con esta leche (79) (234), así como, la convicción de que determinados alimentos no deben ser consumidos por la madre lactante (234), por ser perjudiciales para la salud del bebé, o porque interfieren en la calidad o cantidad de la leche que produce la madre. También en sentido contrario, popularmente se considera, que consumir determinadas hierbas o alimentos hará que la madre produzca más leche (79). Existe también la idea de que el estado emocional en el que se encuentra la madre lactante, es transmitido al bebé a través de la leche, y el bebé puede sufrir de problemas gastrointestinales o incluso influir en su carácter. A su vez, el amamantar cada vez que el lactante lo pide, se sigue considerando una forma de malcriarlo (79). Creencias culturalmente muy extendidas a pesar de que los estudios y la evidencia científica actual no avalan estos conocimientos.

Muchas costumbres, tradiciones, hábitos y creencias respecto a la lactancia son en gran parte producto del desconocimiento de determinadas cuestiones fisiológicas. Para despejar estos mitos, y proporcionar a las madres mensajes unificados y no contradictorios sobre la lactancia, sería útil que las/los profesionales que trabajan en el campo de la maternidad tengan en cuenta la diversidad sociocultural, y fomentar una mayor participación de la mujer y de su entorno familiar en la educación sobre salud pre y posnatal (21) (172) (176) (235) (236). Los talleres de apoyo a la lactancia durante el periodo pre y postnatal, son una forma de preparación a la lactancia que va más allá de la enseñanza teórica y práctica en lactancia y, por lo tanto, extender esta actividad al entorno familiar podría ser una buena alternativa para apoyar a las madres que deciden amamantar (4) (161).

El objetivo debe centrarse en el desarrollo de programas culturalmente sensibles, dejando y recuperando aquellos rasgos culturales que favorecen la práctica de la LM, y dar argumentos y alternativas para cambiar aquellas que son un obstáculo (215) (233). Para responder a este objetivo, las/los profesionales sanitarios en el desempeño de las actividades de educación en LM, deben de procurar establecer una oportuna comunicación, que propicie el entendimiento sobre la base de la evidencia científica, sin alejarse de la comprensión y respeto por costumbres arraigadas culturalmente (4) (172) (176). No se trata de rechazar los rasgos culturales de las personas por considerarlo “no científicos”, ni de aceptarlos todos de manera acrítica en un acervado relativismo cultural, sino de respetar el acervo cultural de cada grupo social, seleccionando y compartiendo los valores favorecedores de la LM, reconociendo aquello que haya demostrado ser bueno, aunque no disponga del suficiente respaldo científico, y rechazando todo lo que dificulte e interfiera en el inicio y duración de la LM (213) (237).

Entre los factores más relevantes social y culturalmente que influyen de forma negativa en el amamantamiento, se encuentra el empleo de las leches de fórmula y la introducción de diferentes alimentos o líquidos como agua e infusiones antes de los 6 meses de vida (233). En muchas ocasiones su empleo es consecuencia de creencias, como que el lactante tiene hambre o sed, y la leche materna puede no ser suficiente para cubrir tales necesidades. A estas ideas acompaña un imaginario que entiende que se trata de leches que no pueden ser malas si están a la venta, y muchos bebés las toman y están sanos. Argumentos fruto de la cultura del biberón, que ha extendido la idea de que no siempre la leche humana es suficiente para alimentar al lactante, contribuyendo a que muchas madres recurran a suplementar con leche de fórmula (3), de cuyos riesgos no disponen de información (13).

Otro de los mitos, culturalmente extendidos, por el cual algunas mujeres deciden no iniciar la lactancia es el convencimiento de que amamantar estropea el pecho, pese a que la evidencia insiste que lo que provoca cambios en el cuerpo de una madre es la gestación y, por supuesto, el paso del tiempo (238), estos son tan solo algunos ejemplos de un sinnúmero de mitos alrededor de la lactancia que no hacen otra cosa que socavarla, poniendo con ello en riesgo la salud de muchos lactantes y madres, que lo que realmente desconocen es el riesgo que supone sustituir la alimentación con leche materna por leches de fórmula (13).

El convencimiento de que la leche de fórmula es prácticamente igual a la materna (13) (21) (79) ha tenido gran influencia en la pérdida de la cultura de la LM. Un menoscabo a la alimentación al pecho, que se produce en nuestro medio, en las mujeres de estatus socioculturales más elevados que fueron las que abandonaron la LM como signo de modernidad y de independencia, (164), y actualmente, en cambio, son estas mismas mujeres las primeras en retornar al amamantamiento, prolongándola durante más tiempo (185).

Estos datos, no obstante, no son extrapolables a las madres migradas a nuestro país, en donde las clases con menos recursos mantienen la LM durante más tiempo (1). A este respecto destacar, que las tasas de inicio de la lactancia son más altas en la población inmigrante que en la autóctona (4) (29) (32) (33) (239) (240). En general las mujeres inmigrantes procedentes de países subdesarrollados o en vías de desarrollo, poseen una herencia culturalmente más arraigada de amamantamiento, el apoyo y la experiencia de sus madres les resulta útil durante la lactancia. Sin embargo, con la inmigración se interrumpe la ayuda materna, afectando negativamente a la lactancia. Es entonces cuando, de forma proporcional al tiempo de permanencia en el país de acogida las tasas de continuidad de la LM de las mujeres inmigrantes se equiparán a las de la población autóctona (4) (33) (239) (240).

#### 2.9.4 Cultura gitana y lactancia materna.

Si tuviéramos que realizar un diagnóstico sobre los hábitos menos saludables de la población gitana nos centraríamos sin lugar a dudas en el sedentarismo y la alimentación (221) (241) (242). Una cuestión a destacar en esta población es el abandono de la lactancia materna (36), (243) (244), a pesar de que ha sido una de las prácticas de alimentación que más arraigada ha estado a la cultura gitana (34) (35). Quien no ha oído o incluso dicho alguna vez “pareces una gitana con el niño enganchado todo el día al pecho”. La mujer gitana ha dado, por demanda del niño, hasta cumplidos los dos años incluso mucho más, sin existir ningún inconveniente ni pudor en amamantar en público. No obstante, en la actualidad se viene percibiendo un creciente abandono de la LM y un crecimiento de la adopción de la lactancia artificial en este grupo étnico (34) (36) (243) (244). La cultura de amamantamiento transmitida de madres a hijas también se ha ido perdiendo a lo largo del tiempo entre la etnia gitana, de manera que un gran número de mujeres que hoy son madres, carecen de este modelo de referencia. No obstante son muy pocos los estudios encontrados en la literatura revisada sobre este aspecto (245) (246), y los resultados que aportan son contradictorios (247) (248). Sin embargo, podemos decir que gran parte del sector sanitario cercano a la maternidad, como las matronas, vienen percibiendo de las mujeres de etnia gitana, una disposición a aceptar la alimentación con leche artificial como una forma de cohesión y adaptación al estilo de vida actual (36). Siendo el sentir de las madres gitanas actuales, que el tipo de alimentación que recibe el lactante ha estado sujeto a lo largo del tiempo a cambios de moda, considerando que en la actualidad existe una tendencia que aboga por la leche materna, aun disponiendo de una leche artificial equivalente a la humana y que permite compartir los cuidados del bebé(34) (36). Un concepto que resulta chocante en una comunidad tan conservadora como la gitana, y en la que la figura de la madre ejerce una gran influencia en la toma de decisiones de las hijas (172) (176) (177) (178), pero no podemos obviar que estas abuelas vivieron su experiencia maternal en una época en la que muchas mujeres dejaron de amamantar o acortaron el tiempo de lactancia. El amamantamiento culturalmente tan extendido entre la etnia gitana, también sufrió la inclusión de las leches de fórmula en la alimentación del lactante, y de este modo estas mujeres transmiten sus vivencias de alimentación, a unas hijas que confían y valoran plenamente en la experiencia de sus

madres, como transmisoras de conocimientos, experiencias y costumbres a las nuevas generaciones (34).

De esta forma, se fue perdiendo la cultura de la lactancia también entre la población gitana, por lo que actualmente gran parte de las madres que desean amamantar, buscan ayuda y apoyo en el entorno sanitario, no obstante, esto no es así en el caso de las madres de etnia gitana, que no suelen participar de las actividades que el sistema de salud ofrece respecto a la maternidad y lactancia (17) (34) (244). (229). Habría que preguntarse, por qué no participan de estas actividades, tal vez sea necesario adaptarlos o crear programas específicos a las necesidades y características socioculturales de estos grupos de población (4) (161) (221), como la población gitana.

El proporcionar una asistencia que reduzca desigualdades en materia de salud (23) (24) (17) implica que los programas sanitarios se extiendan y lleguen a toda la población con independencia de sus condiciones sociales, económicas o culturales (221). A este respecto, está bien documentado que los programas y actividades de salud materno-infantil, como la atención prenatal y postnatal, llegan principalmente a la población con mayor nivel socioeconómico (233). Las actividades de promoción de la LM, así como, los talleres de lactancia (249) (250), son programas que han demostrado efectos sobre la prevalencia del amamantamiento y en consecuencia en la salud infantil. Teniendo en cuenta, que se trata de actividades que se puede implementar sin que ello suponga una inversión de gran capital económico ni humano, por lo que, sería interesante prestarle especial atención como una actividad que contribuye, además, a mejorar la integración social y la equidad en salud materno-infantil (233).

#### 2.9.5 Promoción de la Salud en la etnia gitana.

El entendimiento de la cultura del otro es fundamental para establecer una buena relación paciente-sanitario y ofrecer una asistencia de calidad (4). Dado que hoy en día, la sociedad es cada vez más diversa y compleja culturalmente, las/los profesionales que trabajan en el campo de la salud, además de tener conocimientos, habilidades, aptitudes y destreza en el desarrollo de la práctica clínica, deben de conocer y considerar los valores, creencias y prácticas de las personas a las que prestan asistencia, (4) (21) (24) (213), para que esta sea culturalmente oportuna desde una perspectiva integral y con una visión transcultural en temas relacionados con la salud.

El conocer aquellas prácticas, valores asociados a la salud y los cuidados de la población a la que se atiende, no solo permite diseñar proyectos de educación sanitaria sensibles y competentes desde el punto de vista cultural, sino que contribuye a su vez, a que las personas que participan se sientan valoradas y respetadas culturalmente, aumentando su participación (221) y contribuyendo positivamente en el logro de los objetivos marcados (213).



En relación con lo mencionado en el párrafo anterior, es primordial tener en consideración el concepto de salud que la población gitana tiene (251). Puntualizar al respecto que, al igual que ocurre con el resto de la población no gitana, es difícil de universalizar una imagen de la idea de salud que tiene esta comunidad, debido a la heterogeneidad interna que también presenta esta población (edad, sexo, nivel cultural, económico, etc.), y que influye por lo tanto en la valoración de la salud que las personas tienen. A su vez, existe una escasa información científica respecto a la percepción, demanda, epidemiología etc., relacionadas con la etnia gitana y su salud (242). Sin embargo, a modo de generalización, la enfermedad para los gitanos existe cuando presenta síntomas, y hasta que estos no son evidentes no suelen acudir en busca de asistencia sanitaria. Es común en esta población gestionar la enfermedad a través del consejo entre iguales, y es muy propensa a recurrir a la automedicación (221).

A pesar de que, la etnia gitana cumple con el programa del niño sano (revisiones y vacunas) (252), no sucede igual cuando se trata de actividades educativas de promoción y prevención de la salud. (221). La prevención es un concepto raramente entendido por la población gitana, que tiene su particular forma de entender la salud y enfermedad. Del diagnóstico social de la comunidad gitana, realizado por el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad, se extrae que, la enfermedad para la población gitana, es algo que se tiene o no se tiene, y, por lo tanto, alguien que está malo es normal que se cuide, pero no tiene sentido que lo haga quien está sano (221). Para esta población llevar una vida sana y seguir unos hábitos de vida saludables, no está asociado a una sustancial reducción en el riesgo de desarrollar enfermedades (253). Para esta población la prevención de la salud es prácticamente inexistente, y más bien se limitan a cumplir con el tratamiento prescrito por el profesional sanitario cuando se encuentra mal. (252).

La escasa participación de la etnia gitana en programas de actividades preventivas y de promoción de la salud (217) (221) (252), se ve influenciada por un sistema sanitario que no tiene en cuenta los elementos culturales, sociales e históricos de esta minoría, un hecho que afecta negativamente a la equidad en salud de este grupo de población (221). El embarazo, parto y lactancia, así como la crianza son contemplados de diversas formas según cada contexto cultural. Para que la atención sanitaria que reciben las mujeres durante el proceso de la maternidad sea culturalmente competente, es preciso, analizar, identificar y considerar los factores socioculturales que influyen en esta desigualdad en la salud de la población gitana y desarrollar actuaciones y prácticas educativas en base a ello (4) (29). Considerando que la recomendación que hace la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (217) es la de incorporar en los programas de promoción en salud a la población gitana, con este fin se propone introducir en estos programas, los cambios oportunos con el objetivo de adaptarlos al contexto cultural. Pese a estas recomendaciones, los esfuerzos realizados no han dado buenos resultados, dado que, sigue siendo invisible la participación de este colectivo en los programas

maternales de carácter preventivo y de educación en salud, de los cuales forman parte los programas de preparación maternal y talleres de lactancia (244) (229) (254).

El captar la participación de las mujeres gitanas en los programas de educación en salud es esencial, especialmente, porque corresponde a la mujer gitana la responsabilidad de cuidar de la familia, convirtiéndose esta en el motor para propagar unos cuidados adecuados al conjunto de la comunidad (219) (221). No obstante, considerar a la vez, que las decisiones que las mujeres gitanas adopten entorno a la salud están fuertemente supeditadas por el entorno familiar y comunitario, es decir, lo que las madres pueden decidir mediante lo aprendido en las actividades de educación en salud, puede verse perturbado posteriormente en el seno de un grupo familiar extenso, y en una comunidad que posee importantes redes de influencia social. Por lo que, las intervenciones en educación para la salud dirigidas a este colectivo, no deben ser desarrolladas al margen del conjunto de esta comunidad (221) (222).

Algo que debemos tener en cuenta es que gran parte de la población gitana es evangelista, (221). Por lo que el pastor de la Iglesia Evangelista ejerce una gran influencia en dicha comunidad (222), por lo que pueden ser de gran ayuda al sector sanitario para apoyar estrategias de educación grupal destinadas a la maternidad.



### ***3 - JUSTIFICACIÓN***

---

## JUSTIFICACIÓN.

### 3.1 Porqué un estudio sobre lactancia materna.

Existe evidencia científica que demuestra el impacto positivo que la LM tiene sobre la salud infantil y materna a corto, medio y largo plazo, mientras que el no amamantar contribuye a aumentar la mortalidad infantil, la hospitalización, las enfermedades como diabetes, obesidad, celiaquía, enfermedades cardiovasculares y el cáncer (18) (19) (20). Observándose para muchos de estos problemas, una relación “dosis respuesta” entre la cantidad, duración y exclusividad de la LM.

Esta ampliamente demostrado que intervenciones de promoción de la LM mejoran las tasas de amamantamiento, ofreciendo desde el comienzo de la vida a cada niña o niño un inicio justo, ayudándole a desarrollar todo su potencial cognitivo (3) (83) y a un mayor coeficiente intelectual (255), contribuyendo con ello a disminuir desigualdades y a promover la equidad (24). Pero no siempre estas intervenciones de promoción a la LM llegan a todo el sector de la población, por lo general, tienden a llegar a los sectores con mejor estatus socioeconómico (233). Por ello para apoyar la LM y permitir que todas las madres especialmente aquellas en situaciones de vulnerabilidad y pobreza amamanten de manera óptima, es necesario una acción proactiva y un serio compromiso por parte de todos para conseguirlo.

Si la lactancia materna es protegida, promovida y apoyada en todas las mujeres, y en particular en aquellas que viven situaciones de mayor vulnerabilidad, ayudaría a reducir desigualdades en salud, (17) (23) (24) siendo el amamantamiento uno de los recursos más potentes para la promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades tanto para la madre como para la criatura (18) (19) (20).

### 3.2 Porque estudiamos la prevalencia de lactancia materna en población gitana.

Teniendo en cuenta que la población gitana es más vulnerable a padecer ciertas enfermedades crónicas, tales como, diabetes, enfermedades cardiovasculares, obesidad (221) (241) (256), y dada la protección que la leche materna confiere, es fundamental aumentar la prevalencia de la LM, especialmente en aquellos grupos de población que sean más proclives a no amamantar.

Numerosos estudios en todo el mundo analizan la prevalencia y duración de la lactancia materna de la población, pero en su gran mayoría aportan escasa o nula información, sobre las tasas de LM en la etnia gitana (245) (246) (248) (244) (247). Una población más vulnerable, y muy a menudo expuesta a la discriminación, marginación social y pobreza.

Es sabido de los estudios consultados que la población gitana presenta unos peores indicadores de salud (36) (221) (241) (242) (256), y dado el papel relevante que tiene el amamantamiento en

cuanto a mejorar la equidad en salud, induce a pensar, si en realidad las cifras de prevalencia y duración de la LM en la población gitana de nuestro entorno son más bajas que las del resto de la población, y si realmente es así poner un mayor énfasis en la implementación de medidas de intervención que faciliten la participación de la población gitana, en los programas específicos que contribuyen a proteger, promover y apoyar la LM. Estas reflexiones son las que nos han impulsado a realizar este estudio.

Para conocer la prevalencia y duración de la LM, planteamos la realización de un cuestionario que permitiera determinar las prácticas de alimentación infantil de madres con niños menores de dos años, basándonos para ello en el instrumento de la OMS, que a través de unas breves preguntas relativas sobre alimentación infantil nos permite calcular los indicadores de LM, tal como los define la OMS.

Es importante remarcar que, al no disponer de mucha información sobre la prevalencia y duración de la LM en la población gitana, es difícil el poder comparar nuestros resultados. A la vez que, el empleo de una metodología heterogénea en las investigaciones sobre lactancia materna, la variabilidad en las definiciones empleadas, el método, el momento y la frecuencia para la recogida de los datos, junto que no siempre se emplean los indicadores de LM recomendados por la OMS, hace que los resultados sean en ocasiones muy dispares y dificulta la comparación de las tasas de LM entre los diferentes estudios. Por lo tanto, el comparar nuestros resultados con los datos de otros estudios debe hacerse con cautela.

### **3.3 Relevancia y aplicabilidad de la investigación.**

El conocer las cifras de prevalencia y duración de la LM es fundamental para valorar la efectividad de las iniciativas de promoción, protección y apoyo a la misma, y en base a ello, determinar que estrategias de mejora son necesarias (49). El problema es que en España, difícilmente se puede conocer esta situación, al no disponer de un sistema oficial, adecuado, de seguimiento y monitorización de la lactancia (164).

La pertinencia de esta tesis radica en conocer la prevalencia y duración de la LM de la población gitana, paya y emigrante que convive en una zona básica de salud de la ciudad de Valencia.

La investigación que se presenta forma parte de un proyecto desarrollado en dos fases. Una fase cuantitativa y otra cualitativa.

Cuantitativamente se plantea comparar la prevalencia de la LM en los tres grupos de población (paya, gitana y otras nacionalidades).

La fase cualitativa tiene como objetivo conocer la experiencia y valoración que tienen las madres gitanas sobre la LM y su participación en las actividades de educación grupal.

Los estudios de investigación realizados hasta ahora en lactancia materna no han sido abordados desde la fragmentación de la población entre payas y gitanas, de manera que es difícil tener una visión de la incidencia y prevalencia de la lactancia materna entre ambos grupos de población.

Las aportaciones al conocimiento derivadas de los pocos estudios existentes sobre prevalencia en lactancia materna entre población paya y gitana son escasos (245) (246) (248) (257), y algunos pertenecen a un entorno muy distintos (244) (247) por lo que las experiencias pueden diferir enormemente de las investigadas en este estudio y, por lo tanto, no pueden suponer una base para compararla con las madres de nuestro medio.

### **Conociendo, por tanto:**

- Que en España a pesar de que las cifras de LME han experimentado un incremento en estos últimos 20 años (258), siguen siendo alejadas de las recomendaciones de la OMS (139) (259).
- Que a pesar de que la lactancia materna exclusiva en la CV en comparación con el resto de la población española, es ligeramente superior en el inicio (6 semanas), esta decrece a los 3 y 6 meses, situándose por debajo de la media Nacional (258) (260).
- Por otro lado, señalar:
  - Que la Encuesta Nacional de Salud (ENS), no ofrece datos sobre las tasas de lactancia materna por comunidades posteriores al año 2006.
  - Que diversos estudios avalan que las mujeres inmigrantes presentan tasas superiores de LM en comparación con las mujeres autóctonas (4) (29) (240). No obstante, los últimos datos al respecto, procedentes de la ENS del 2006, señalan, que la prevalencia de LM en mujeres extranjeras residentes en España, es superior a la de las madres autóctonas a las 6 semanas y 3 meses, equiparándose a la de las madres españolas a los 6 meses de edad (260).
  - Que no existen estudios en España que corroboren que las tasas de LM son inferiores en la etnia gitana.

### **Con esta tesis se pretende:**

- Conocer la situación actual de la LM en una zona básica de salud de la ciudad de Valencia que presta servicio a población gitana, no gitana e inmigrante.

- Analizar las características y creencias maternas de la etnia gitana relacionadas con la alimentación del lactante.
- Reconocer el efecto de la diversidad cultural en las actitudes y prácticas de la lactancia materna y fomentar variaciones, si corresponde, que promuevan y apoyen de manera efectiva la lactancia materna en diferentes culturas.



#### ***4 - METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN***

---



## *METODOLOGÍA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.*

La metodología de esta investigación presenta un enfoque Mixto, organizado en dos fases, una fase cuantitativa y otra cualitativa, según los procedimientos de recolección y análisis de los datos.

A continuación, se describe la metodología desarrollada en la fase cuantitativa del estudio.

# METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

## I - FASE CUANTITATIVA

---

### 4.1 Hipótesis y objetivos.

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, en España no existe un sistema oficial adecuado de seguimiento y monitorización de la LM a nivel nacional que permita conocer la prevalencia, duración y características de la lactancia materna (164).

En 1991 la OMS, con el objetivo de clasificar y evaluar las prácticas de alimentación infantil, se llevó a cabo una serie de indicadores clave con una metodología específica para su medición. Indicadores que se han ido revisado y adaptando a lo largo de los años al conocimiento científico actual, dando lugar en 2007, a un documento cuya finalidad es ofrecer un conjunto común de medidas fáciles de interpretar y operativamente útiles con el propósito de evaluar las prácticas de alimentación infantil, a la vez de, conocer el progreso de los programas de promoción y apoyo a la LM (49).

Este estudio ha empleado los indicadores de alimentación infantil propuestos por la OMS, para conocer la prevalencia de la LM en los niños menores de dos años de una zona básica de salud de la ciudad de Valencia, agrupando a la población en tres grupos étnicos.

Posteriormente a través de una entrevista con madres de etnia gitana se desea indagar sobre algunos aspectos relacionados con la alimentación en este grupo de población.

Con lo que partiendo de estas premisas y, tras el desarrollo del marco teórico del estudio, se pretende responder a la siguiente hipótesis y objetivos.

### HIPÓTESIS.

El presente estudio consideró la hipótesis de que la prevalencia en lactancia materna en la población de etnia gitana es más baja que en el resto de la población general.

Se basó en los siguientes objetivos detallados a continuación.

### OBJETIVOS.

#### Objetivo general.

Los objetivos que se pretenden conseguir con la presente Tesis Doctoral se centran en 2 aspectos:

Evaluar las prácticas de alimentación infantil en niños/as de etnia paya, gitana y de otras nacionalidades que son atendidos en el CS de salud de Fuente de San Luis de Valencia.

### **Objetivos específicos.**

1. Cuantificar el número de niños/as que fueron amamantados alguna vez, en la población paya, gitana y de otras nacionalidades.
2. Cuantificar el número de niños/as que fueron amamantados dentro de la primera hora del nacimiento en la población paya, gitana y de otras nacionalidades.
3. Conocer el tipo de alimentación que recibe el lactante menor de 15 días, en la población paya, gitana y de otras nacionalidades.
4. Conocer el tipo de alimentación que recibe el lactante menor de 6 meses, en la población paya, gitana y de otras nacionalidades.
5. Conocer la LM continua en mayores de 6 meses de edad, en la población paya, gitana y de otras nacionalidades.
6. Conocer la LM continua al año de edad, en la población paya, gitana y de otras nacionalidades.
7. Conocer la LM continua a los dos años de edad, en la población paya, gitana y de otras nacionalidades.
8. Conocer la edad de inicio de la Alimentación complementaria, en la población paya, gitana y de otras nacionalidades.

## **4.2 Tipo de estudio.**

La parte cuantitativa del estudio presenta un diseño descriptivo, de corte transversal, llevado a cabo mediante un cuestionario (Anexo 2), realizado a través de una entrevista telefónica a las madres. La información obtenida a través del cuestionario, permitió elaborar los indicadores sobre las prácticas de alimentación del lactante menor de veinticuatro meses de edad, y comparar sus resultados entre los niños y niñas participantes de etnia paya, gitana y de otras nacionalidades.

### **4.2.1 Diseño.**

Este estudio se fundamenta en la realización de un cuestionario para determinar las prácticas de alimentación infantil (Anexo 2), para ello se utilizó el documento de la Organización Mundial de la

Salud (OMS) versión en castellano validado por la IHAN (261). Se trata de un cuestionario cerrado suministrado en formato papel, que consta de 12 preguntas.

Una vez se obtuvo la aprobación del Comité ético (en marzo del 2019), se llevó a cabo el trabajo de campo, reclutamiento y realización de las encuestas telefónicas, labor que finalizó el 31 de julio de ese mismo año. Ambos procesos fueron realizados por la doctoranda de esta tesis.

La captación de los participantes se realizó, en consulta pediátrica o a través de llamada telefónica. Todas las madres que manifestaron interés por participar fueron citadas en consulta, momento en el cual se les informó de los objetivos del estudio, solicitándoles su participación y la firma del consentimiento informado (Anexo1). Todas aquellas mujeres que no pudieron ser reclutadas en consulta, se les demandó participación vía telefónica, solicitándoles acudir al Centro de Salud (CS) para firmar el consentimiento informado.

En el momento de firmar el consentimiento, se comunicó a todas las participantes que en unos días recibirían una llamada telefónica para contestar un cuestionario de alimentación infantil.

Una vez se contactaba con la madre, la entrevistadora se presentaba y seguidamente antes de proceder a realizar las preguntas leía el texto que encabeza la encuesta. Con el objetivo de evitar variaciones e interpretaciones que pudieran influir en la respuesta, y minimizar lo máximo posible la variabilidad en los datos obtenidos, las preguntas fueron formuladas tal y como se plantean en el cuestionario (Anexo 2). Siguiendo todas las instrucciones de la encuesta, es decir, sin resaltar, ni sustituir u obviar, ninguna palabra: donde ponía nombre del lactante el entrevistador dijo el nombre del niño/niña, saltando a la pregunta siguiente cuando así lo refleja el cuestionario. Las preguntas se plantearon refiriéndose a las 24 horas anteriores a las que se efectuó la entrevista, a excepción de las preguntas “inicio de la lactancia dentro de la primera hora de vida” y “ha amamantado alguna vez”, ambas de carácter retrospectivo. El tiempo medio estimado por entrevista fue de unos 3 minutos. Las encuestas fueron realizadas en su totalidad por la doctoranda, y debía ser contestada únicamente por la madre. Una vez cumplimentada la encuesta, se anotaba en el registro de seguimiento y control de las llamadas telefónicas, como encuesta realizada (Anexo 3), que el encuestador debía tener delante con el objetivo de monitorizar la fecha y hora de la llamada, en qué momento poder contactar con la madre si esta no se encontraba en ese momento, así como el número de llamadas fallidas.

#### 4.2.2 Sujetos de estudio

En el estudio participaron todos los niños y niñas usuarios del CS de Fuente de San Luis, pertenecientes al departamento del Hospital Dr. Peset de Valencia, que a fecha 28 de marzo del 2019 y según datos aportados por Sistema de Información Poblacional (SIP), tenían una edad comprendida entre 0 y 24 meses (se incluyen en el estudio hasta el día del 24 cumple meses).

### **Criterios de inclusión**

Los participantes en el estudio debían de cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Niños/as de 0 a 2 años.
- Pertenecer al CS Fuente de San Luís de Valencia en el momento de la realización del estudio.
- Aceptar la madre, participar en el estudio de forma voluntariamente y desinteresada firmando el consentimiento informado (anexo 1).

### **Criterios de exclusión.**

Los criterios de exclusión seleccionados fueron los siguientes:

- Lactante mayor de 2 años.
- No pertenecer al CS Fuente de San Luís en el momento del estudio.
- No dominar ninguna de las lenguas oficiales de la CV.
- No aceptar participar de manera voluntaria en el estudio y/o no querer firmar el consentimiento informado.
- Madres menores de edad y/o con deterioro cognitivo.

### **Criterios de eliminación.**

Se establecieron los siguientes criterios de eliminación.

- Madres que aun aceptado participar en el estudio y habiendo firmado el consentimiento informado, expresaron a posterior su deseo de no continuar.
- Fueron anulados del estudio, especificando en la encuesta como persona no localizada, aquellos niños/niñas del listado SIP que no pudieron ser captados ni en consulta, ni localizados telefónicamente, tras 6 intentos de llamadas fallidas en momentos y días diferentes.

#### **4.2.3 Tipo de muestreo.**

Muestreo no robabilística de conveniencia.

### Tamaño muestral fase cuantitativa.

El cálculo del tamaño muestral se basó en el objetivo principal del estudio.

Al no disponer de datos publicados fiables para realizar estos cálculos, se decidió incluir a todos los lactantes de dicho centro de salud que, según datos aportados por el SIP, a fecha 28 de marzo del 2019 tenían una edad comprendida entre cero y dos años.

El número total de niños/as de 0 a 2 años usuarios del CS Fuente de San Luis, de edad menor o igual a 2 años (nacidos entre el 28 de marzo del 2017 y el 28 de marzo del 2019) fue de 492.

#### 4.2.4 Variables.

La variable dependiente que se pretende explicar es el tipo de alimentación que recibió el lactante. Para analizar la prevalencia en LM, se utilizó el formulario estandarizado de alimentación infantil (Anexo 2) de la Organización mundial de la salud (OMS), versión en castellano validado por la IHAN (261). Con los datos obtenidos de este cuestionario se construyeron los indicadores que evaluaron las prácticas de alimentación de los lactantes entrevistados según las indicaciones de la OMS (49).

La tabla 7 muestra los valores que toman las variables y su escala de medida. La información recogida se organizó en 3 apartados. En el primero incluye variables de identificación, un segundo apartado que recogió variables sociodemográficas y un último apartado que contiene las 12 preguntas del cuestionario de prácticas de alimentación infantil.

**Tabla 7.** Escala de medición de las variables estudiadas.

VARIABLE		
Variables de identificación		
<b>Número de identificación de la encuesta.</b>		
<b>Fecha de realización de la encuesta</b>		
<b>Variables sociodemográficas</b>		<b>Escala</b>
<b>Edad del lactante</b>	0 – 15 días (recién nacido)	
	< de 183 días (<6 meses)	
	> de 183 días y < de 274 días (6-8 meses)	
	> 365 días y < de 487 días (12-15 meses)	
	> de 608 días y menor de 730 días (20 a 24 meses)	

<b>Edad de la madre</b>	Cuantitativa	Razón	
<b>Nivel de estudios de la madre</b>	Cuantitativa	Ordinal	
	<b>Primaria:</b> menos de 11 años de educación.		
	<b>Secundaria:</b> de 12 a 15 años		
	<b>Universidad u superior:</b> >16 años		
<b>Etnia de la madre</b>	Cuantitativa	Nominal	
	Paya		
	Gitana		
	Otras Nacionalidades		
<b>Hábitos de alimentación</b>			
		Nominal	
<b>1. Ha tomado LM alguna vez</b>		Sí	No
<b>2. ¿Tomo el pecho antes de que pasara la primera hora del parto?</b>		Sí	No
<b>3. ¿Ha tomado LM en las últimas 24 horas?</b>		Sí	No
<b>4. ¿Ha tomado vitaminas o medicinas en las últimas 24 horas?</b>		Sí	No
<b>5. ¿Ha tomado algún otro alimento o bebida en las últimas 24 horas?</b>		Sí	No
<b>6. ¿Ha tomado infusiones como manzanilla, té o similares en las últimas 24 horas?</b>		Sí	No
<b>7. ¿Ha tomado agua en las últimas 24 horas?</b>		Sí	No
<b>8. ¿Ha tomado suero glucosado en las últimas 24 horas?</b>		Sí	No
<b>9. ¿Ha tomado leche artificial para bebés o yogur o queso o leche de cualquier tipo?</b>		Sí	No
<b>10. ¿Ha tomado suero oral para diarreas o vómitos en las últimas 24 horas?</b>		Sí	No
<b>11. ¿Ha tomado cualquier tipo de alimento sólidos o triturado en purés o papillas o alimentos chafados o triturados en las últimas 24 horas?</b>		Sí	No
<b>12. ¿Ha tomado algún otro alimento o bebida en las últimas 24 horas?</b>		Sí	No
<p>La pregunta 12 del cuestionario, es una pregunta de control.  Fuente: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento de la Lactancia (IHAN).</p>			

## Definición de las variables.

Todos los datos que pudieran identificar a la persona encuestada, fueron disociados de las variables de estudio, asignando para ello a cada una de las encuestas un código numérico.

- **Edad del bebé:** la edad de los entrevistados se calculó en días, mediante la diferencia entre la fecha en que fue realizada la encuesta y la fecha de nacimiento. Clasificada según los siguientes rangos:
  - 0 – 15 días (recién nacido).
  - < de 183 días (menos de 6 meses).
  - > de 183 días y < de 274 días (6-8 meses).
  - > 365 días y < de 487 días (12-15 meses).
  - > de 608 días y < de 730 días (20 a 24 meses).
- **Nivel de estudios** de la madre: se clasifica según el total de años de educación completados, agrupados en 3 categorías:
  - **Educación primaria:** menos de 11 años de educación.
  - **Educación secundaria:** de 12 a 15 años.
  - **Universidad u otra educación superior:** > 16 años.
- Etnia de la madre: se clasifico en base a tres categorías:
  - **Paya.**
  - **Gitana.**
  - **Otras nacionalidades.**
- **Datos de la encuesta de alimentación infantil:** este cuestionario recoge 12 preguntas, de respuesta dicotómica, sobre la alimentación que recibe el lactante las 24 horas anteriores a la realización de la entrevista que nos permitirán obtener los indicadores de las variables incluidas en esta investigación.
- La pregunta 12 del cuestionario es de control, es decir, para comprobar la coherencia de las respuestas de la persona entrevistada, que en el caso de discrepar con la pregunta 5, dio la posibilidad de indagar y repasar el resto de preguntas con la persona entrevistada.

Medición de los Indicadores de prácticas de alimentación.

La encuesta de alimentación infantil permitió obtener una serie de indicadores, en función de cada grupo de edad. La tabla 8 describe los indicadores utilizados en el estudio. Estos indicadores, como ya se ha comentado se basan en el tipo de alimentación que recibe el lactante las 24 horas anteriores a la realización de la encuesta, y están referidos a unos grupos de edad determinados, que según



establecen las recomendaciones de la Organización de mantener la LME hasta los 6 meses de edad, momento a partir del cual es necesario iniciar la AC sin abandonar la LM que debería de continuar como mínimo hasta los dos años de edad (tabla 9). En tabla 10 se muestran los criterios utilizados para definir las prácticas de alimentación infantil.

**Tabla 8.** *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación*

Nombre del indicador	Definición	
	Numerador	Denominador
<b>Indicador 1.</b> <b>Amamantados en alguna ocasión</b>	Niños y niñas nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados en alguna ocasión	Niños y niñas nacidos en los últimos 24 meses
<b>Indicador 2.</b> <b>Inicio temprano de la LM</b>	Niños y niñas nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro de la primera hora después del nacimiento	Niños y niñas nacidos en los últimos 24 meses
<b>Indicador 3.</b> <b>Lactancia materna Exclusiva en RN</b>	Bebés de 0 a 15 días de edad que recibieron solo leche materna durante el día anterior	Bebés de 0 a 15 días de edad
<b>Indicador 4.</b> <b>Lactancia materna Exclusiva en menores de los 6 meses</b>	Bebés de 0 a 5 meses de edad que recibieron solo leche materna durante el día anterior (<183 días)	Bebés de 0 a 5 meses de edad
<b>Indicador 5.</b> <b>Lactancia materna a los 9 meses</b>	Bebés de 6 a 9 meses que recibieron leche materna durante el día anterior >183 y <274)	Bebés de 6 a 9 meses
<b>Indicador 6.</b> <b>Lactancia materna continua al año</b>	Niños y niñas de 12 a 15 meses de edad que recibieron leche materna durante el día anterior ( $\geq 365$ y < 487 días)	Niños y niñas de 12 a 15 meses de edad
<b>Indicador 7.</b> <b>Lactancia materna continua a los dos años</b>	Niños y niñas de 20 a 23 meses de edad (hasta el día anterior de su 24 cumpleaños) que recibieron leche materna el día anterior $\geq 608$ y <730)	Niños y niñas de 20 a 23 meses de edad
<b>Indicador 8.</b> <b>Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos.</b>	Bebés de 6 a 8 meses de edad (edad > 183 días y < 274 días de vida) que recibieron alimentos sólidos, semisólidos y blandos el día anterior	Bebés de 6 a 8 meses

Fuente: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento de la Lactancia (IHAN).

**Tabla 9.** Relación entre indicadores de LM y edad del lactante.

0 – 6 meses	6 - 9 meses	12 – 15 meses	20 – 24 meses
Hasta los 6 meses LME (183 días)	Preferiblemente LM		
A partir de los 6 meses los bebés deben de recibir AC			
LM / LMP	LMC (al año)		LMC (a los 2 años)
<b>LMP:</b> Lactancia Materna Parcial. <b>LMC:</b> Lactancia Materna Continua. Fuente: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento de la Lactancia (IHAN).			

**Tabla 10.** Criterios de La OMS para definir las prácticas de alimentación infantil.

Práctica de alimentación	Requiere que el lactante reciba	Permite que el lactante reciba	No permite que el lactante reciba
<b>LME</b>	Leche materna (incluyendo leche extraída)	SRO, gotas, jarabes vitaminas, minerales, medicinas)	Ningún otro tipo de alimento
<b>LMP</b>	Leche materna (incluyendo leche extraída como fuente predominante de alimentación)	Otros líquidos (agua, infusiones, zumos) SRO, medicinas, Vitaminas, minerales.	Cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, basados en alimentos líquidos o licuados
<b>Lactancia Materna (LMx)</b>	Leche materna (incluyendo leche extraída)	Cualquier alimento o líquido, incluyendo leche de origen no humano y preparados para lactantes	No aplica
<b>No Leche Materna (NLM)</b>	Leche de fórmula	Cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparados para lactantes (leche artificial)	Leche materna, incluyendo leche extraída
Fuente: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento de la Lactancia (IHAN).			

La encuesta permitió categorizar a los lactantes que siguieron algunas de estas prácticas de alimentación cuando reunían estos criterios. Considerando, lactancia materna exclusiva (LME), cuando el lactante recibía solo leche materna como único alimento, a una edad igual o inferior a 6 meses. En el caso de lactantes mayores de 6 meses, se clasificaba como lactancia materna

predominante (LMP), si la leche materna era la única fuente láctea de alimentación, junto con cualquier otro líquido (agua, zumos, infusiones) o alimento complementario, pero siendo la leche materna la única fuente de lácteos. LMx corresponde a la combinación de leche materna con alimentos líquidos, sólidos o semisólidos incluyendo otro tipo de leches que no sea materna. En el caso de que el niño o niña no fuese alimentado con leche materna, es decir tomara bien leche de fórmula o según edad otro tipo de leche, con o sin otros alimentos, era clasificado como, NLM, (tabla 10). A partir de estas premisas, se analizó el tipo de alimentación que recibían los niños/niñas de nuestra zona básica de salud, en relación con la edad y etnia.

El indicador de introducción de alimentos sólidos, se valoró entre los 6-9 meses. De este modo fueron analizadas las variables de resultados relacionando la edad con el tipo de alimentación, bien fuese esta lactancia materna exclusiva, predominante, lactancia materna mixta y no lactancia materna.

### Indicadores de alimentación infantil.

Como conclusión y a modo de resumen, el análisis de las prácticas de alimentación infantil de la población estudiada se realizó en función de las siguientes variables (tabla 11):

*Tabla 11. Variables estudiadas.*

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Tipo de alimentación</b>	LME LMP LMx NLM
<b>Variables Independientes</b>	Etnia	Paya Gitana Otras Nacionalidades
	Edad del lactante	En días
	Edad de la madre	Años cumplidos
	Nivel de estudios de la madre	Primaria Secundaria Universitaria/superior

### 4.3 Análisis de los datos de la encuesta de alimentación.

Los datos fueron analizados mediante el software estadístico SPSS para Windows versión 20.

El análisis descriptivo de las variables cuantitativas, se expresaron empleando media y desviación típica (DT), mientras que las variables cualitativas se reflejaron como valor absoluto (n) y porcentaje con su estimación mediante intervalo de confianza (IC) 95%. Se consideraron que los resultados eran estadísticamente significativos en el caso de que la  $p$  fuera  $< 0,05$ .

Para el análisis de la relación entre 2 variables cualitativas, se ha empleado las tablas de contingencia o tablas cruzadas. Recurriendo a esta para la interpretación de la asociación entre las variables dependientes (VD) tipo de alimentación: *ha tomada en alguna ocasión pecho, ha tomado pecho dentro de la primera hora postparto, tipo de alimentación en <15 días, tipo de alimentación en <6 mese, tipo de alimentación en >6 meses- <9 meses, tipo de alimentación entre >1 años a <16 meses, tipo de alimentación entre >20 meses –a <24 meses*, en función de las variables independientes: *etnia paya, etnia gitana, y otras nacionalidades*.

Igualmente, la variable independiente (VI) también se empleó el análisis de porcentaje de la VD dentro de las categorías de la VI, aportada por la Tabla de contingencia para la explicación de la ENS y las variables tipo de alimentación (LME, LMP, LMx) como VD y el tipo de etnias como VI en los siguientes grupos *robabi <42 días, <91 días, y <183 días*.

Para el contraste de dos variables categóricas medidas en escala nominales se empleó el test de chi-cuadrado de tendencia para evaluar la existencia de tendencia lineal. Valores de  $p < 0,05$  fueron considerados estadísticamente significativos.

La comparación de las medias para K muestras independientes se realizó por medio de ANOVA o test de Kruskal-Wallis, según procediese tras comprobación de la normalidad con el test de Kolgomorov-Smirnov y Shapiro –Wilk, y verificar el supuesto de homogeneidad de las varianzas con la prueba de Levene, y mediante el análisis de los gráficos de cajas y bigotes y *robabilísticas* para analizar la forma de la distribución y si la forma de la distribución es igual entre diferentes muestras.

Posteriormente se realizó una ampliación del método de regresión logística multinomial para conocer el efecto conjunto de las variables explicativas sobre el tipo de alimentación. Esta técnica interpreta el Odds Ratio (**OD**) como medida del efecto de las variables medidas sobre la variable explicativa, así como cuantificar la bondad de ajuste del modelo propuesto como explicación del tipo de lactancia.

# *METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN*

## **II – FASE CUALITATIVA**

---

### **4.4 Planteamiento del problema.**

La lactancia materna está inmersa en un contexto complejo que incide en la decisión de lactar por parte de la madre. La práctica de la lactancia no es igualitaria entre toda la población, y resulta menor principalmente, en aquellos grupos sociales con menos conocimiento y sensibilidad frente al impacto de no amamantar a corto y largo plazo (17), población que en ocasiones no se integra en los programas de apoyo y motivación al amamantamiento que desde las instituciones de salud se realizan.

Los programas de atención a la salud materno-infantil son muy homogéneos y toman de referencia la población general, y no se considera en ellos las particularidades de otros grupos de población. Así mismo, la didáctica empleada por el personal de salud en estas actividades educativas, especialmente las que se realizan durante la preparación maternal, siguen empleado como metodología, la charla magistra, perdiéndose con ello, que puede aportar mucha información al personal de salud que imparte la actividad, especialmente en temas complejos como la lactancia materna. Muchos de los comportamientos y hábitos de las personas se encuentran muy arraigados culturalmente, por lo que, es necesario que el personal de salud recoja experiencias de la vida cotidiana de las madres para identificar aquellos que son susceptibles de mejorar o cambiar. Al mismo tiempo, para que la promoción en lactancia materna sea efectiva, y no expropiar a las madres y familias de su potencial transformador, estas actividades deben de tener en cuenta los diagnósticos de necesidades de las madres, y responder a sus problemas de lactancia, adecuarse a su contexto y situación particulares.

La alta proporción de inasistencia a las actividades maternas de la población gitana, es una de las principales preocupaciones de este estudio, pues esta afecta a las tasas de lactancia materna. Por lo que se requiere analizar el porqué de la inasistencia de la población gitana desde el abordaje de las realidades sociales de esta comunidad.

En vista de lo mencionado, se diseñó un abordaje complementario cualitativo a la temática con el objetivo de explorar las inquietudes, demandas y necesidades de un grupo de madres de etnia gitana. La pretensión última es que esta información pueda servir de orientación para construir estrategias preventivo-promocionales sobre lactancia, coherentes con las realidades y necesidades de estas madres, niños/niñas y familias.

#### **4.5 Pregunta de investigación.**

La lactancia materna esta mediada por la cultura, las mujeres con menos recurso, se enfrentan a muchos más obstáculos que las clases más favorecidas a la hora de criar a sus hijos al pecho. La sociedad no debe ser indiferente a que estos niños no reciban la protección que les brinda la leche humana. Podemos resolver este problema con un mayor conocimiento de los factores determinantes sobre la etnia en relación con la lactancia materna

Los conocimientos sobre las ventajas de la alimentación al pecho ponen sobre el tapete la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que articulan el significado y la práctica que hace la etnia gitana de la LM?

La formulación de la pregunta de investigación nos permite acotar algunos temas de interés que estructuran la indagación cualitativa, así como el trabajo de campo realizado en esta fase.

#### **4.6 Objetivos.**

##### **Objetivo General.**

Con la directriz marcada por la pregunta de investigación se definen los objetivos del trabajo de investigación

El objetivo general de esta tesis se centra en conocer y profundizar en la experiencia y vivencia de las mujeres de etnia gitana en la lactancia materna.

##### **Objetivos específicos.**

1. Identificar a través de las narrativas de estas mujeres la experiencia y valoración de la lactancia materna.
2. Conocer el apoyo y ayuda recibida durante la lactancia y su participación en las actividades de educación maternal.

Planteada la pregunta de investigación y los objetivos se establece un guion que nos permita recoger los temas de interés, tabla 12:

*Tabla 12. Preguntas que han guiado la temática en el grupo focal.*

• <b>¿Qué factores han influido sobre el método elegido de alimentación infantil?</b>
• <b>¿Cómo ha sido la experiencia de las mujeres con la lactancia materna?</b>
• <b>¿Qué apoyo y ayuda recibieron del entorno para la crianza de sus hijos e hijas?</b>
• <b>¿Cómo ha sido la experiencia de las mujeres con la atención sanitaria recibida?</b>

Las preguntas anteriores pretenden comprender cómo las mujeres de etnia gitana viven, experimentan y atribuyen significados a este método de alimentación; “la lactancia”, tan importante en la vida del RN, así como, buscar la importancia que ellas le dan al amamantamiento y los sentimientos que este les genera.

Es necesario, aprender en la interacción con las madres que aspectos vivenciales han influenciado en la construcción de su experiencia en la crianza y profundizar en cuestiones “que no han desvelado”. Son muchas las dificultades e incertidumbres que puede presentar una madre durante la crianza: la duda, la angustia, el miedo ante lo desconocido, preguntarse si lo está haciendo bien, Todo esto, en ocasiones supone un estrés emocional que se une a las complicaciones y malestar físico que se presentan, en algunos casos, tras el parto.

#### **4.7 Tipo de estudio.**

Esta parte del estudio fue desarrollado utilizando los principios de la investigación cualitativa, que según Skate “la investigación cuantitativa intenta establecer una comprensión empática para el lector, mediante la descripción, a veces la descripción densa, transmitiendo al lector aquello que la experiencia misma transmite” (262). Es decir, la labor del investigador/a esta centrada en comprender la realidad que es sujeto de estudio desde la experiencia de los participantes mostrando su evidencia, permitiéndonos este método, además, profundizar en múltiples aspectos que no son completados en el método cuantitativo, puesto que este se basa en la relación causa-efecto de los datos medibles. Establecimos, por tanto, que el método más adecuado para obtener la información sujeto de estudio era el cualitativo. Decidimos aplicar como técnica cualitativa el grupo focal que utiliza el carácter constructivo imperativo del conocimiento obtenido mediante la entrevista a un grupo de personas, confrontando el pensamiento del investigador con la información relevante obtenida del tema a investigar, permitiendo crear modelos comprensibles de lo que se estudia, y que difícilmente podríamos obtener por otros medios, ya que, con ello se sitúa a las personas participantes en un ambiente real y natural que predispone a la espontaneidad de sus discursos que van enriqueciéndose y retroalimentándose conforme progresa la entrevista, proporcionando, a su vez, una alta validez subjetiva a la información obtenida. En donde el investigador establece una relación de confianza con los/las participantes con el fin de animarlas a que hablen, tomando en cuenta lo que dicen y absteniéndose de dar su opinión (263).

Uno de los objetivos de este estudio fue analizar las barreras que enfrentan las mujeres gitanas con la lactancia materna, profundizar en cuanto a la decisión que tomaron para alimentar a su descendencia, el apoyo que recibieron a este respecto del entorno social y sanitario y de su participación en los diferentes programas maternos. Su experiencia puede ayudar a comprender mejor si las barreras a las que se han podido enfrentar están relacionadas con la etnia y, por lo tanto, acentuadas o no por una institución sanitaria que no tienen en cuenta las culturas minoritarias.

#### **4.8 Contexto y ámbito de estudio.**

La entrevista con el grupo focal se realizó en el mes de mayo del 2019 en el CS de Fuente de San Luis de la ciudad de Valencia. Se recolectaron las experiencias de mujeres de etnia gitana, que tuvieran un hijo cuya edad no excediera de dos años.

#### **4.9 Muestra: Selección y características de las participantes.**

La estrategia de muestreo en investigación cualitativa está determinada por el marco conceptual del estudio. El reto en este tipo de investigación es seleccionar a las participantes que puedan aportar información significativa, valiosa, completa y profunda para la comprensión del fenómeno estudiado (264). En los estudios cualitativos, podemos distinguir dos tipos de muestreo, el probabilístico, en el que los sujetos de la muestra son elegidos al azar, y el intencional, en el cual el investigador utiliza algún tipo de criterio para seleccionar a las personas integrantes que formaran parte del estudio. Dentro del muestreo intencional podemos encontrar el teórico y el opinático.

El reclutamiento de las participantes fue realizado por la doctoranda, mediante muestreo intencionado opinático. Se invitó a las mujeres que cumplían con los criterios teóricos previamente definidos. A su vez, se preguntó a estas mujeres si conocían otras madres que cumplieran con los perfiles buscados, en el caso de respuesta afirmativa se les pedía que les preguntaran si tenían interés en participar. Y en el supuesto de aceptar, se les solicitó datos de contacto para poder concretar sitio y hora de la reunión.

A las mujeres que aceptaron participar se les explico el objetivo del estudio, y se les pidió su consentimiento para realizar y grabar la entrevista y se les garantizo la confidencialidad de la información.

#### **Criterios de inclusión.**

- Ser mujer gitana.
- Estar adscrita al CS de Fuente de San Luis.
- Tener un hijo o hija no mayor de dos años.
- Aceptar firmar el consentimiento informado (anexo 4).



### **Criterios de exclusión.**

- No pertenecer al CS Fuente de San Luís en el momento del estudio.
- No tener hijo o hija menor de dos años de edad.
- No aceptar participar de manera voluntaria en el estudio y/o no querer firmar el consentimiento informado.

### **Criterios de eliminación.**

Se establecieron los siguientes criterios de eliminación.

- Madres que aun aceptado participar en el estudio no acuden el día que se les cita para la reunión.
- Madres que no aceptan el día de la reunión firmar el consentimiento informado.
- Madres que aun acudiendo a la reunión y aceptar firmar el consentimiento informado expresan a posterior su deseo de no continuar.

#### **4.9.1 Acceso a la muestra.**

Se estableció que el número de mujeres participantes en el grupo focal fuese de entre 4 y 10. Se contactó con 12 madres de etnia gitana, de las cuales tan solo 6 acudieron el día de la reunión.

Una vez las madres dieron su consentimiento para participar en el grupo focal, con los datos facilitados para contactar con ellas, la doctoranda, llevó a cabo el proceso de captación y seguimiento que consistió en, una semana antes de la fecha prevista para la reunión, se puso directamente en contacto telefónico con las participantes, para informarles día y hora de la reunión, realizando una nueva llamada telefónica de recordatorio el día anterior a esta.

La reunión se realizó en la biblioteca del CS Fuente de San Luis. Antes de la entrevista se explicó, de nuevo, los objetivos del estudio y las condiciones de participación, y todas las madres que participaron en el estudio firmaron el consentimiento informado (Anexo 4).

Para la realización de esta actividad se contó con una grabadora de voz, que recogió toda la información de la entrevista.

El guion de la entrevista se planificó, como orientación, siguiendo las unidades de análisis planteadas en las temáticas, puesto que, los diseños cualitativos son flexibles, y a pesar de tener un guion la entrevista fue abierta y dinámica, adaptándonos en cada momento al discurso de las participantes, sin determinar cuál sería el principio o final de cada temática, todo dependía de la dinámica entre las entrevistadoras y las participantes. Se pretendió que las madres hablaran libremente sobre aspectos referentes a sus experiencias y creencias, respecto a la crianza y lactancia.

Se consideró que un tiempo de duración de entre 90 -120 minutos para la realización de la técnica del grupo focal sería adecuado.

La reunión fue llevada a cabo por la doctora en Sociología Aranzazu Grau Muñoz directora de la tesis y experta en este tipo de técnicas. Como ayudante, la doctoranda de esta tesis. Ninguna de las madres participantes conocía previamente a la Doctora Grau.

No se puso ningún obstáculo a que las madres que acudieron a la reunión pudieran hacerlo con sus hijos/hijas y algo más de la mitad de las informantes optaron por esta opción.

#### 4.10 Recogida de datos.

Al inicio de la entrevista, tras la presentación de las investigadoras, se informó, de nuevo, del objetivo general de la reunión: “obtener información sobre la crianza de los hijos/hijas en madres de etnia gitana, especialmente referida a los aspectos de alimentación infantil”. Además, se dio a conocer a las participantes que la reunión se centraba en opiniones personales, que no se pretendía llegar a ningún consenso. Se comunicó, a su vez, de la confidencialidad de los datos gravados, pidiendo de nuevo consentimiento a las asistentes para la grabación de la reunión en audio. La entrevista se inició formulando una pregunta abierta en la que se invitaba a las mujeres a que explicaran que era para ellas ser mujer gitana. Después, con la ayuda del guion elaborado para la realización de la entrevista, se profundizó en cada uno de los aspectos presentados en las preguntas de investigación, pero permitiendo que las entrevistadas hablaran de forma libre y abierta. La reunión transcurrió en un ambiente informal y distendido, con una duración aproximada de dos horas.

El perfil de mujeres entrevistadas que se añadieron para cumplir con el objetivo específico se muestra en la tabla 13. Puntualizar al respecto que los nombres de las participantes son ficticios con el fin de preservar su anonimato. Añadir a la vez, que dos de las madres son cuñadas, en cuanto al resto, aunque siendo del mismo barrio y ser conocidas, no tenían ninguna relación de amistad entre ellas.

*Tabla 13. Perfil de las participantes grupo focal.*

Participante	Edad	Nivel de estudios	Nº de hijos
1. Samara	34	Ed Básica	3 (niñas)
2. Geno	32	ESO	3 (2 niñas – 1 niño)
3. Luisa	33	ESO	1 (niño)
4. Manuela	26	Ed Básica	2 (1 niña – 1niño)
5. Isabel	26	Ed Básica	3 (niños)
6. Nora	25	Ed Básica	2 (niñas)

#### 4.11 Análisis de la información cualitativa.

Para el análisis de los datos se utilizó el Software Atlas-ti versión 9, el uso de este programa permitió organizar la información narrativa, a la vez que, permitió analizar los datos, permitió establecer vínculos y relaciones entre las categorías.

En primer lugar, se realizó una escucha de la grabación realizada, sin tomar ningún tipo de anotación, posteriormente en la siguiente escucha fue cuando se realizó una transcripción literal de la grabación de voz a un documento de Word, los datos de la entrevista fueron incorporados tal y como fueron expresados por las participantes, manteniendo su lenguaje, es decir, su transcripción se realizó de forma literal. Los nombres reales de las mujeres se anonimizaron mediante el uso de nombres ficticios con el fin de proteger la confidencialidad de las entrevistadas.

En segundo lugar, se llevó a cabo la fase de preanálisis en donde la transcripción fue leída en profundidad, después de varias lecturas, se pudo obtener una comprensión global del fenómeno desde el punto de vista de las participantes, detectando descripciones, reflexiones e ideas relevantes, es decir, se extrajo del texto fragmentos de su contenido en base a las preguntas de investigación (tabla 12), se obtuvieron, las categorías emergentes consideradas relevantes (tabla 14), pudiendo ser estas confirmadas, modificadas o sustituidas por otras a partir del contenido del texto.

*Tabla 14. Categorías de análisis cualitativo.*

Categorías emergentes de análisis	Descripción
Datos personales de la madre	Datos sociodemográficos
Información sobre la etnia gitana	Cultura gitana La mujer y la familia gitana
Información sobre la maternidad y lactancia de las mujeres gitanas	Experiencia con la LM, antecedentes familiares de LM, apoyos recibidos y formación en LM.
Talleres de pre-post-parto	Experiencia, relación y vivencias de las mujeres gitanas con los con los talleres pre y postnatales

Fuente: Categorías emergentes del análisis de la entrevista del grupo focal.

Todo ello facilitó la identificación de temas o categorías temáticas que emergieron del texto (tabla 15), a las que se asignó una serie de códigos (constructos) mediante los cuales se pretende crear un marco explicativo de la vivencia de las madres estudiadas sin perder de vista su subjetividad, lenguaje y expresiones particulares. Estos constructos temáticos (tabla 16-17), mediante el empleo

de Software Atlas-ti versión 9, fueron asociados a fragmentos de la entrevista, para posteriormente ser exportados y ordenados en formatos de texto, dando lugar a los resultados para su posterior discusión.

**Tabla 15.** *Categorías temáticas*

1. Ser mujer gitana
2. Vivencias, experiencias y expectativas durante la crianza y lactancia.

Del discurso a la pregunta que “supone para ellas ser mujer gitana” emergieron los siguientes constructos (tabla 16) a través de los cuales desarrollamos el análisis de sus vivencias.

**Tabla 16.** *Constructos: ¿Qué supone ser mujer gitana?*

<b>Códigos de primer nivel</b>
Ideología patriarcal e identidad de las mujeres gitanas.
Aspectos de la cultura gitana que han cambiado con el tiempo
La educación de la población gitana
El rol de género.
La honra de la mujer gitana

Igualmente, del relato de las participantes en relación con su experiencia y vivencia sobre la lactancia emergieron los constructos de la tabla 17.

**Tabla 17.** *Constructos: Experiencia y vivencia de la lactancia.*

<b>Códigos de segundo nivel</b>
Determinación de amamantar
Decisión de destetar
Experiencia y valoración de la LM
Dificultades durante la LM
Asistencia a los grupos pre y postnatales

Del proceso de codificación a partir del análisis que engloba la semántica, , emergieron a la vez, diez subcategorías de análisis, estas fueron: Decisión propia de la madre de amamantar, Decisión de amamantar influenciada por el entorno de la madre. Destete producido por el bebé o por la madre, Experiencia y valoración de la lactancia positiva y negativa, Ayuda práctica y Ayuda emocional en la LM y Asistencia o no a los grupos de preparación pre y postparto.

**Gráfico 1: Mapa de constructos sobre la LM en mujeres de etnia gitana**



#### 4.12 Características de las mujeres entrevistadas.

En cuanto a su participación en la entrevista, cabe destacar que, a pesar de que algunas de las participantes, como por ejemplo Isabel, han tenido una voz más presente en el grupo tabla 18. especialmente si lo comparamos con Manuela, es importante señalar que en ningún momento Isabel ha dominado la discusión ni ha impuesto sus puntos de vista, al contrario, ha motivado al grupo a expresar también las suyas.

**Tabla 18.** Número de veces que dieron su opinión las participantes del grupo focal.

Participante	Nº de opiniones
Samara	69
Geno	48
Luisa	30

Participante	Nº de opiniones
Manuela	14
Isabel	110
Nora	50

Las participantes del grupo focal fueron seis mujeres jóvenes que comparten unos mismos rasgos culturales, y que residían en el barrio de Fuente de San Luis de la ciudad de Valencia, en cuya área geográfica se encuentra ubicado el Centro de Salud. La edad varía entre 25 y los 34 años, todas ellas

son casadas. En relación con el nivel de estudios, dos poseen estudios de la ESO y cuatro de ellas no completaron dichos estudios. La ocupación más común fue la de cuidar de las tareas del hogar (4 casos), es decir el marido trabaja y ellas se encargan del cuidado de los hijos y de los quehaceres de la casa. Una de las participantes, trabaja de forma eventual ayudando al marido en la venta ambulante, otra trabaja por cuenta ajena, aunque, en el momento de la entrevista se encuentra de baja por maternidad.

Las unidades familiares estaban formadas por la pareja y los hijos. El número de miembro de la unidad familiar varía entre 3 y 5 personas. En relación con la maternidad, varían entre uno y tres hijos, lo que supone hablar de 14 experiencias de maternidad y crianza. La edad de los hijos en el momento de la entrevista es muy variada, situándose entre 1 mes y 12 años (tabla 19).

**Tabla 19.** Perfil de las participantes del grupo focal.

<b>Nombre</b>	<b>Perfil</b>
<b>Samara</b>	34 años. Nivel de estudios no termino la educación básica. Ocupación amada de casa. Miembros de la unidad familiar: marido y 3 hijas (12 y 8 años y 23 meses).
<b>Geno</b>	32 años. Nivel de estudios: ESO. Ocupación laboral: vende en el mercado. Miembros de la unidad familiar: marido y dos hijas y un hijo (10, 6 y 2 años).
<b>Luisa</b>	33 años. Ocupación: dependienta. Nivel de estudios: ESO. Miembros de la unidad familiar: marido un hijo (1 mes)
<b>Manuela</b>	32 años. Nivel de estudios: básicos, no terminados. Ocupación: ama de casa. Miembros de la unidad familiar: marido y un hijo y una hija (6 y 3 años).
<b>Isabel</b>	26 años. Nivel de estudios: básicos, no terminados. Ocupación: ama de casa. Miembros de la unidad familiar: marido y tres hijos (8, 4 años y 21 meses).
<b>Nora</b>	25 años. Nivel de estudios: básicos, no terminados. Ocupación: ama de cas Miembros de la unidad familiar: marido y dos hijas (4 y 2 años).

#### **4.13 Consideraciones éticas del estudio.**

El estudio se realizó respetando las normas de buena práctica clínica de la Declaración de Helsinki. Y cuenta con el informe favorable del Comité de Ético y de Investigación del Hospital Universitario Dr. Peset (Anexo 5).

Se ofreció información verbal y por escrito, a todas las madres invitadas a participar en el estudio, sobre el objetivo del estudio y en qué consistía su colaboración en el mismo (Anexo 1). Todas las

mujeres que aceptaron participar, firmaron un consentimiento informado en donde se mencionaba de forma explícita la confidencialidad de los datos según la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal, del 13 de diciembre (LOPD) y al Real Decreto que la desarrolla (RD 1720/2007). El acceso a los datos identificativos de las participantes en el estudio se restringe a la doctoranda y directores de la tesis.



---

## ***5 – RESULTADOS (Fase cuantitativa)***



## RESULTADOS (Fase cuantitativa)

En este capítulo se presenta los resultados de la fase cuantitativa del estudio, en primer lugar, se muestran los estadísticos descriptivos las variables sociodemográficas y las prácticas de alimentación infantil. Finalmente se expone la estadística inferencial para responder a los objetivos planteados.

### 5.1 Características de los participantes.

#### 5.1.1 Grupos étnicos estudiados.

La muestra estudiada estuvo formada por 492 niños/as residentes en la zona básica de salud donde se ubica el CS Fuente de San Luis. De esta cifra 43 no cumplían los criterios de inclusión (tabla 20). De la cifra restante se obtuvieron datos de 449 niños/as a través de la encuesta de alimentación infantil. La tasa de participación por tanto fue del 91,26%.

*Tabla 20. Participantes excluidos del estudio.*

Motivo	Participantes Excluidos
Teléfono no es correcto	12
No contestan después de 6 intentos en días y horarios diferentes	20
Bebé Adoptado	1
Han regresado en su país de origen y no van a volver	6
Los padres no hablan español	4
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>

La tabla 21 muestra los valores absolutos y porcentajes de los tres tipos de población estudiada, en ella se puede ver que más de la mitad de las madres que participaron en el estudio fueron payas mientras que un 13% represento a la población de etnia gitana.

*Tabla 21. Grupos de población estudiados.*

	Valor absoluto / (%)
Población Paya	284 (63,25)
Población Gitana	59 (13,14)
Población de otras nacionalidades	106 (23,60)

### 5.1.2 Características sociodemográficas.

#### Edad del lactante.

La tabla 22 muestra la edad promedio, la desviación típica y los intervalos de confianza de los lactantes de cada grupo de población estudiada, porcentajes que se expresan en el gráfico 2. La media de edad de muestra n=449 fue de 12,19 meses (DT: 7,07; IC: 11,53 - 12,84).

*Tabla 22. Distribución según edad de los lactantes.*

Días	n	$\bar{x}$	DT	IC
Menor de 15	18	8,50	3,03	6,99 - 10,01
Menor de <183	97	90,85	56,86	79,39 - 102,31
Entre >183 - < 274	59	219,39	30,15	211,53 - 227,25
Entre >274-<365	55	320,38	23,68	313,98 – 326,78
Entre >365 - <487	65	415,71	34,75	407,10 - 424,32
Entre >487- <608	86	546,55	34,90	539,06 - 554,03
Entre $\geq$ 608 - <730	87	683,05	41,43	674,21- 691,88

$\bar{x}$ : Media. DT: Desviación típica. IC: Intervalo de Confianza

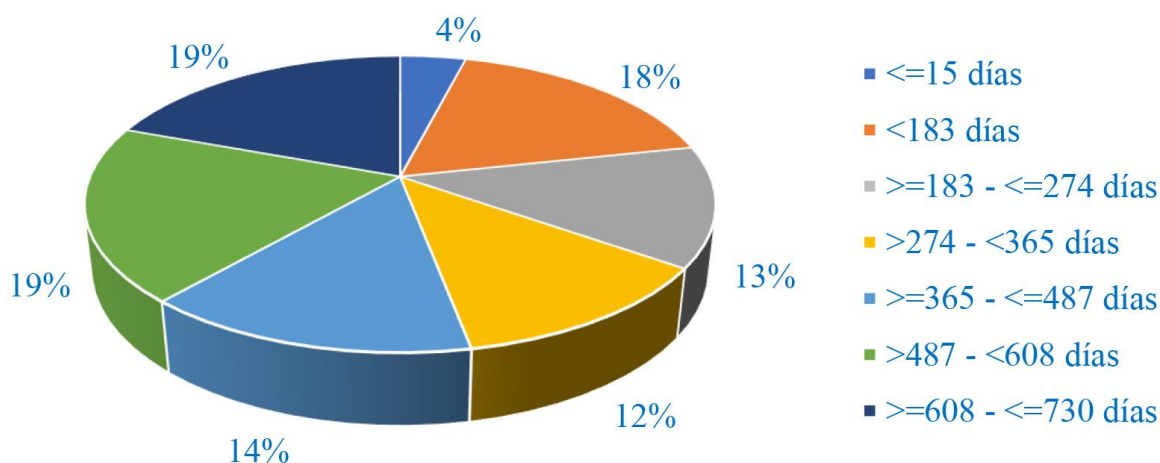
La tabla 23 señala la edad de los lactantes expresada en días para cada uno de los 3 grupos de población estudiada.

*Tabla 23. Edad de los lactantes según grupo de población.*

	$\bar{x}$	DT	IC
Payas	384,22	214,388	359,18 - 409,26
Gitanas	342,32	243,033	278,99 - 405,66
Otras Nacionalidades	410,47	204,41	371,10 - 449,84

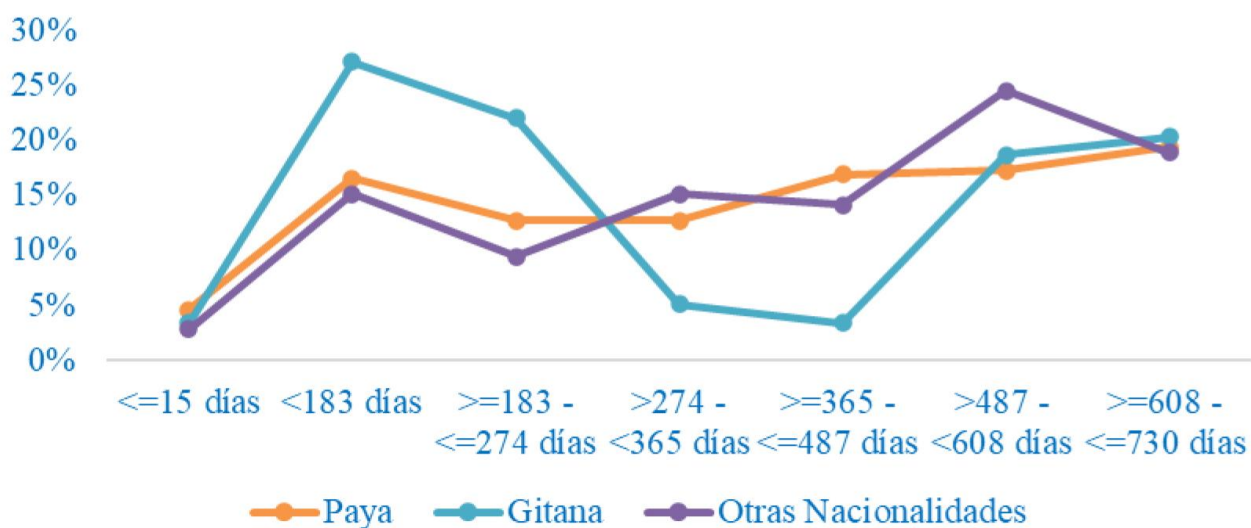
Las mujeres payas representaron el 63,25% del total de la población estudiada, mientras que respectivamente la etnia gitana y de otras nacionalidades supone el 13,14% y 23,60%. La grafica 2 muestra el porcentaje para cada grupo de edad en las tres etnias estudiadas.

**Gráfico 2: Grupo etario**



En el gráfico 3, muestra el porcentaje de edad de los lactantes entre las diferentes etnias estudiadas. Se puede observar que, para el rango de edad menor de 15 días, el porcentaje es similar entre las tres etnias. Mientras que, para los dos grupos etarios siguientes, (<183 días y >183 - <274 días), la proporción fue superior en la etnia gitana en relación con la etnia paya y de otras nacionalidades. Observándose, un descenso en el porcentaje de población gitana, para los siguientes grupos de edad en relación con las dos poblaciones estudiadas. Posteriormente en el grupo etario >487 días y <608, la proporción vuelve a equipararse entre población paya y gitana, mientras que, para esta franja de edad, la proporción de niños y niñas de otras nacionalidades es mayor. Destacar, a su vez, que el porcentaje de lactantes payos y otras nacionalidades es muy cercano en los diferentes grupos de edad de los lactantes de la muestra recogida.

**Gráfico 3: Grupos etarios según etnia**



### Edad de la madre.

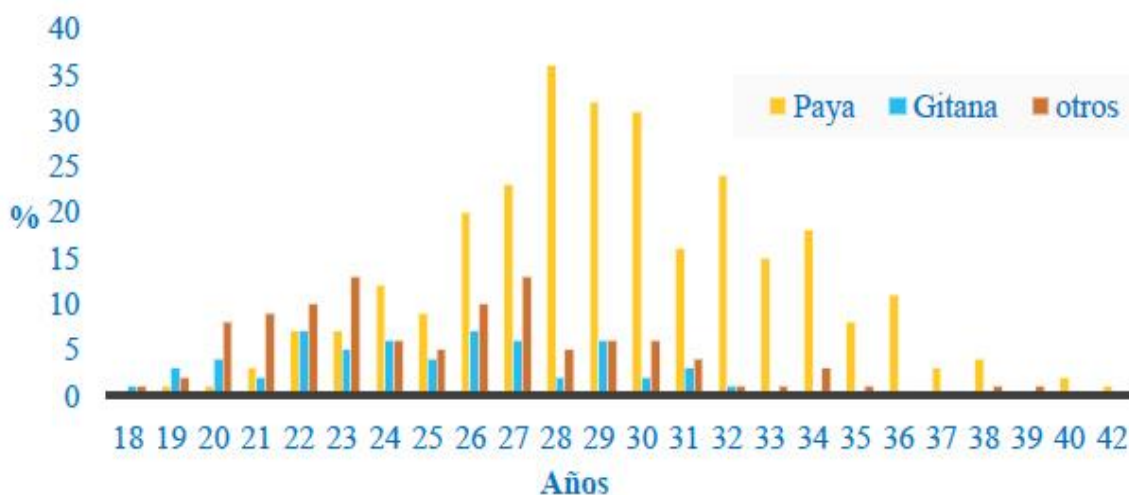
Con respecto a la edad de las madres, la media fue de 29,5 años con una DT de 4,4 (IC<sub>0,95%</sub>: 27,51 - 28,34) (Tabla 24). La edad de la madre más joven fue de 18 años y la de mayor edad 42 años. La muestra de madres gitanas se acumula más fuertemente en torno a edades más jóvenes que la edad de las madres de etnia paya y de otras nacionalidades, no llegando a superar las madres de etnia gitana los 32 años de edad (grafico 4)

**Tabla 24.** Edad de las madres para cada grupo étnico.

	n	(%)	$\bar{x}$	DT	IC
<b>Payas</b>	284	63,3	29,47	3,94	29,01 - 29,93
<b>Gitanas</b>	59	13,1	24,90	3,54	23,97 – 25,82
<b>Otras Nacionalidades</b>	106	23,6	25,48	4,26	24,66 – 26,30

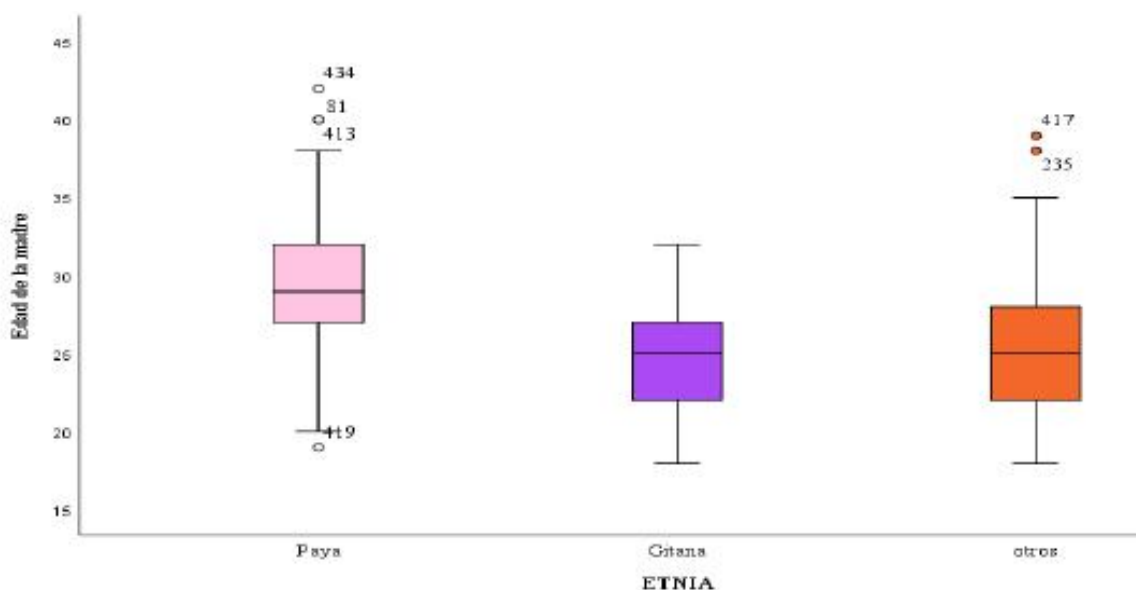
r: Media. DT: Desviación típica. IC: Intervalo de Confianza

**Gráfico 4: Edad según etnia**



Se utilizó la prueba Kruskal-Wallis para determinar si existen diferencias en la edad entre los grupos de población. Siendo las diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos = 96,014,  $p < 0,001$ . Las madres payas tenían mayor edad ( $\bar{x}$ : 29,47 + 3,94 vs  $\bar{x}$ : 24,90 + 3,54 vs 25,48 + 4,25) que las madres de etnia gitana y de otras nacionalidades (tabla 24), tal como muestra el gráfico 5.

**Gráfico 5: Diferencia de la edad de las madres entre grupos**



Para responder si la Edad guarda relación con la Etnia, se lleva a cabo un contraste de medias mediante la prueba de ANOVA, después de comprobar el supuesto de Normalidad y Homocedasticidad con las pruebas de Shapiro–Wilk y Levene respectivamente, obteniéndose  $F_{2,446}=58.53$ ,  $p\text{-valor}=0.0001 < 0.001$ ,  $ETA=0.20$  (Ver anexo 6, tabla 25), por tanto, se concluye que los datos son incompatibles con la hipótesis de medias entre las 3 etnias, recogiendo un 20,80%.

La prueba a posteriori de Buonferroni (Ver anexo 6, tabla 26) muestra que la edad de la muestra de etnia paya ( $29,47 + 3,94$ ) es estadísticamente superior a las otras 2 etnias gitana ( $24,90 + 3,54$ ) y otras nacionalidades ( $25,48 + 4,25$ ), no encontrándose diferencias estadísticas entre la etnia gitana y otras etnias.

### Nivel de formación

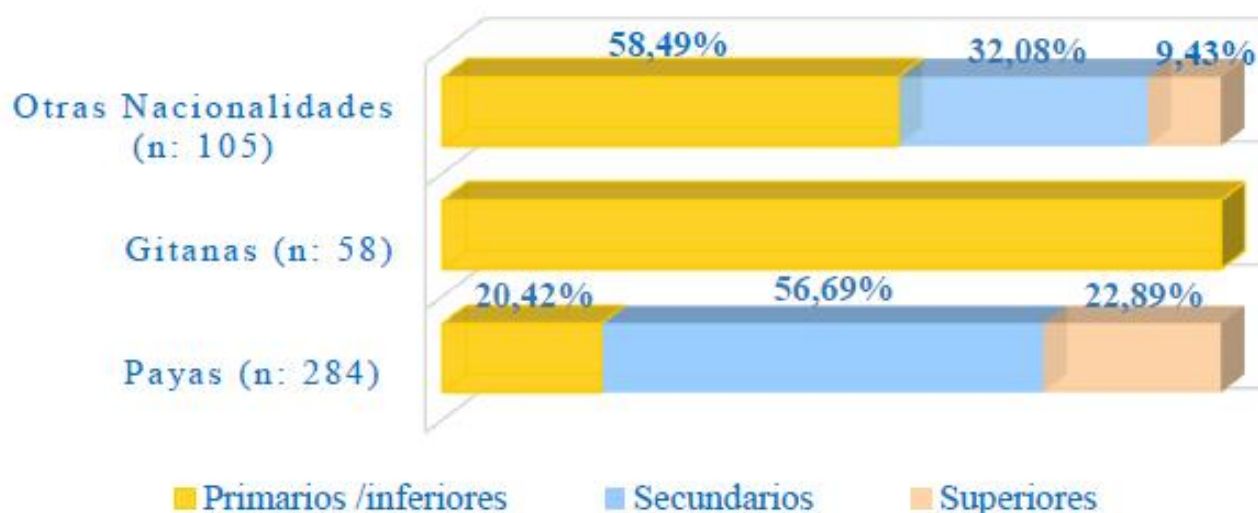
En cuanto al nivel de formación los estudios de primaria y secundaria se acercan en torno a un 40%, siendo un 16,70% de las madres del estudio diplomadas o licenciadas (tabla 27).

**Tabla 27. Nivel de estudios de las madres.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Educación Primaria o inferior	179	39,90
Secundaria	195	43,40
Superiores	75	16,70

En el gráfico 6 se observa que ninguna madre de etnia gitana había cursado estudios secundarios ni superiores.

**Gráfico 6: Nivel de estudios**



Para conocer si existe una relación estadística, y responder si la etnia guarda relación con el nivel de estudios. Se empleó la prueba de Chi-cuadrado, =149,65 y tiene asociada una probabilidad de p-valor= 0,000 < 0,001. Puesto que esta probabilidad fue menor que 0,05, se rechaza la  $H_0$ , concluyendo que existe una relación significativa entre la etnia y el nivel de formación.

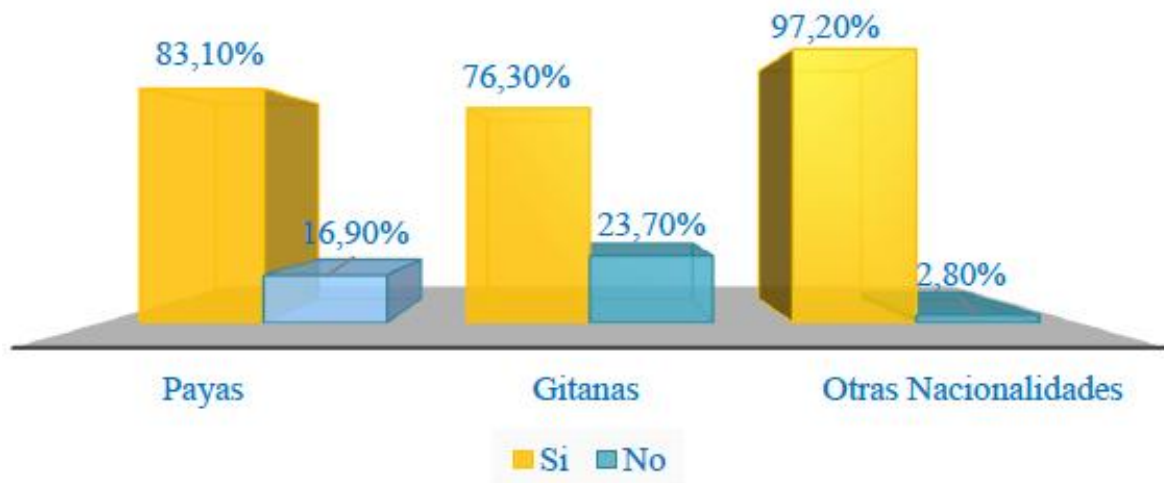
## 5.2 Indicadores de alimentación infantil.

### 5.2.1 Indicador 1. Lactantes que fueron amamantados en alguna ocasión

Se considera la distribución conjunta de dos variables en la muestra de niños/as de diferentes grupos (payos, gitanos, otras nacionalidades). El gráfico 7 contesta a la pregunta “¿si habían tomado en alguna ocasión LM?” es decir lactancia materna de inicio.

Obtenemos una prevalencia de iniciación del 85,50%, con diferencias entre grupos, la tasa más alta (97,20%) se obtuvo en las madres de otras nacionalidades y la menor en la etnia gitana (76,3%). Un 14,5% de los lactantes no tomaron leche materna en ningún momento, siendo este porcentaje mayor en las madres gitanas (23,7%) (gráfico 7) (Ver anexo 6, tabla 28).

**Gráfico 7: Lactancia materna de inicio**



Para conocer si existe una relación estadística, y responder si la etnia influye en la LM de inicio, se empleó la prueba de chi-cuadrado,  $\chi^2=17,041$ ,  $p\text{-valor}= 0,000 < 0,001$ , Coeficiente de Contingencia=  $0,191$ , (Ver anexo 6, tablas 29-30) por tanto, se rechazó  $H_0$  y se concluyó que la LM guarda relación con la etnia siendo esta relación débil.

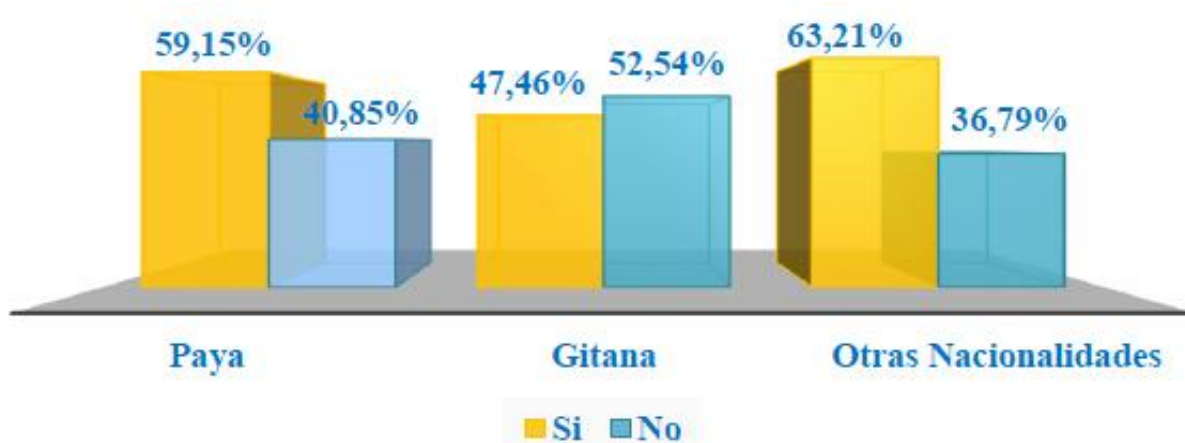
Si diferenciamos entre población paya y gitana, la frecuencia a la pregunta ¿ha tomado leche materna, alguna vez desde el nacimiento, aunque fuera poco tiempo? (Ver anexo 6, tabla 31) Esta no fue estadísticamente significativa, como muestra el resultado (Ver anexo 6, tablas 32-33) de la prueba de corrección continuidad de Chi-cuadrado,  $\chi^2= 1,111$   $p\text{-valor}= 0,292 > 0,05$ .

A pesar de no ser esta relación estadísticamente significativa, si comparamos el porcentaje de bebés que tomaron alguna vez pecho, es 6,80 puntos porcentuales mayor entre la población paya respecto a la población gitana (gráfico 7).

### 5.2.2 Indicador 2. Lactancia materna dentro de la primera hora de vida.

Se calculó el porcentaje de lactantes que fueron amamantados dentro en la primera hora de vida entre los diferentes grupos de población (paya, gitana, otras nacionalidades). De los cuales 284 eran lactantes payos, 59 lactantes gitanos y 106 lactantes de otras nacionalidades. El 58,60% de los recién nacidos fue puesto al pecho por primera vez en la primera hora de nacidos (Ver anexo 6, tabla 34). El Gráfico 8, muestra que, dentro de cada grupo, la frecuencia fue superior entre los lactantes de madres de otras nacionalidades.

**Gráfico 8: Lactancia materna primera hora postparto**



Para conocer si existe una relación estadística, y responder si la etnia guarda relación con el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, se emplea la prueba de chi-cuadrado,  $\chi^2=3,982$  p-valor=  $0,137 > 0,05$ , Coeficiente de Contingencia=  $0,094$ , (Ver anexo 6, tablas 35-36) por tanto, se acepta la  $H_0$  y se concluye que no existe asociación estadística entre la etnia y en la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, encontrándose un tamaño del efecto muy bajo.

Realizamos un análisis comparando la muestra de lactantes payos con la etnia gitana (Ver anexo 6, tabla 37), observando que el porcentaje de lactantes que tomaron pecho dentro de la primera hora postparto fue de 12 puntos porcentuales mayor en el grupo de payos.

Sin embargo, la relación entre las 2 variables estudiadas no fue estadísticamente significativa, como señala el resultado de la prueba de corrección de continuidad de Chi-cuadrado, (Ver anexo 6, tablas 38-39)  $\chi^2=2,273$  p-valor=  $0,132 > 0,05$ , Coeficiente de Contingencia =  $0,089$ , considerándose un tamaño del efecto muy bajo.

### 5.2.3 Indicador 3. Lactancia materna exclusiva en menores de 15 días.

El 61% de los lactantes menores de 15 días, fueron alimentados con LME (Ver anexo 6, tabla 40).

En el gráfico 9 presenta el tipo de alimentación que reciben los lactantes de esta edad según tipo de etnia. A esta edad, el 100% de los niños de madres de otras nacionalidades fueron alimentados con leche materna de forma exclusiva, mientras que, poco más de la mitad de los niños payos (54%) y la mitad de los niños gitanos (50%) fueron alimentados con LME. Ninguno de los niños menores de 15 días de etnia gitana y de otras nacionalidades fue alimentado con leche materna de forma predominante, es decir no recibieron junto con la LM otro tipo de líquidos (agua, infusiones) en cambio, el 6% de los lactantes payos tomo otro tipo de líquidos, junto a la leche materna.



Para responder si las diferencias señaladas se pueden considerar estadísticamente significativas se empleó de nuevo la prueba de Homogeneidad de frecuencias mediante Chi-cuadrado. Así no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de alimentación y la etnia en lactantes menores de 15 días = 3,414 p-valor = 0,755 >0,05, Coeficiente de Contingencia = 0,399 (Ver anexo 6, tablas 41-42), encontrándose un tamaño de efecto medio.

**Gráfico 9: Tipo de alimentación ≤ 15 días**

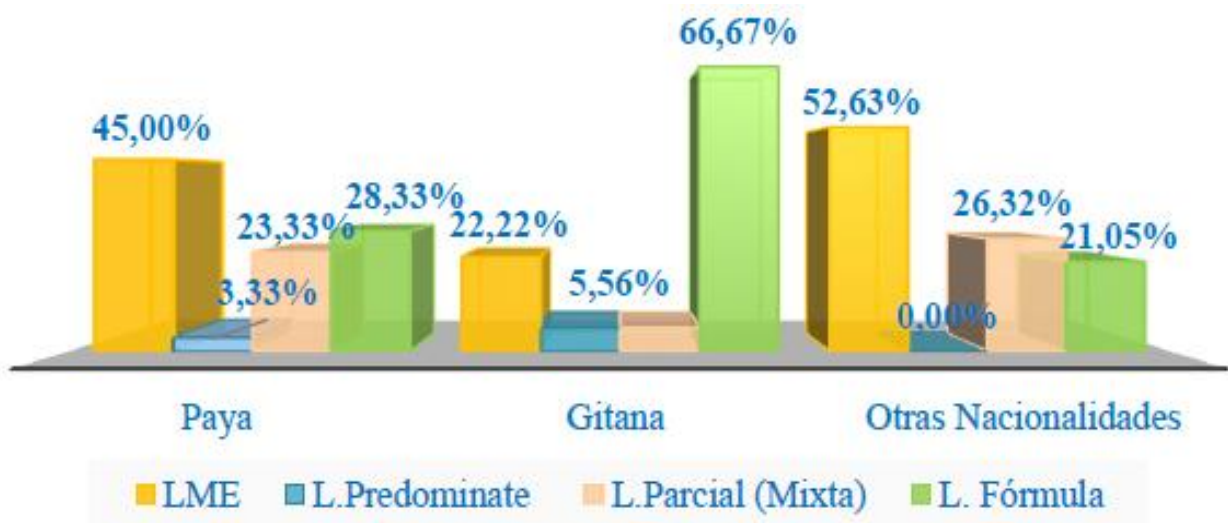


#### 5.2.4 Indicador 4. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses.

La alimentación que recibieron los niños y niñas menores de 6 meses, fue en un 42,30% principalmente LME, mientras que un 34,00% fueron alimentados con leche de fórmula. A la vez, un 20,60% de las madres suplementaron la alimentación al pecho con leche de fórmula, y un 3,10% de niños y niñas recibieron junto con la leche materna otros líquidos (LMp).

Del gráfico 10 se desprende que, la LME fue mayor en el grupo de niños y niñas de otras nacionalidades, siendo esta proporción menor entre los bebés gitanos. La relación entre ambas variables resultó ser estadísticamente significativas según la prueba de corrección continuidad de chi-cuadrado = 12,895 p-valor = 0,045 <0,05. Coeficiente Phi = 0,365 (Ver anexo 6, tablas 43-44). Por lo tanto, la LME en menores de 6 meses sí está relacionada estadísticamente con la etnia, encontrándose un tamaño de efecto medio.

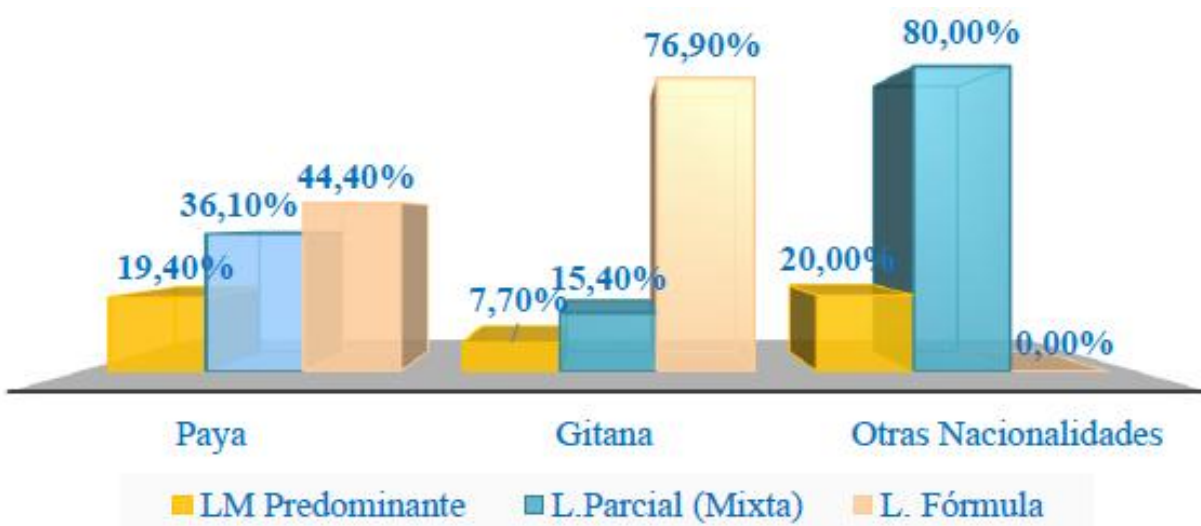
**Gráfico 10: Tipo de alimentación < 6 meses**



5.2.5 Indicador 5. Lactancia materna entre los 6- 9 meses.

El 55,50% de los niños/as payos entre 6 y 9 meses continúan siendo amamantados, a pesar de que para un 36,10% de los lactantes no fue la leche materna la única fuente de lácteos (Ver anexo 6, tabla 45). Las madres que mayormente alimentaban con leche de fórmula fueron las de etnia gitana (77%), mientras que las madres de otras nacionalidades fueron las que en menor medida optaron por este tipo de alimentación (0%) (Gráfico 11). La asociación entre las 2 variables estudiadas resultó ser estadísticamente significativas según la prueba de corrección de continuidad de chi-cuadrado = 14,686 p-valor= 0,005 <0,05. Coeficiente Phi=0,499 (Ver anexo 6, tablas 46-47) con tamaño del efecto moderadamente bajo.

**Gráfico 11: Tipo de alimentación de 6 a 9 meses**

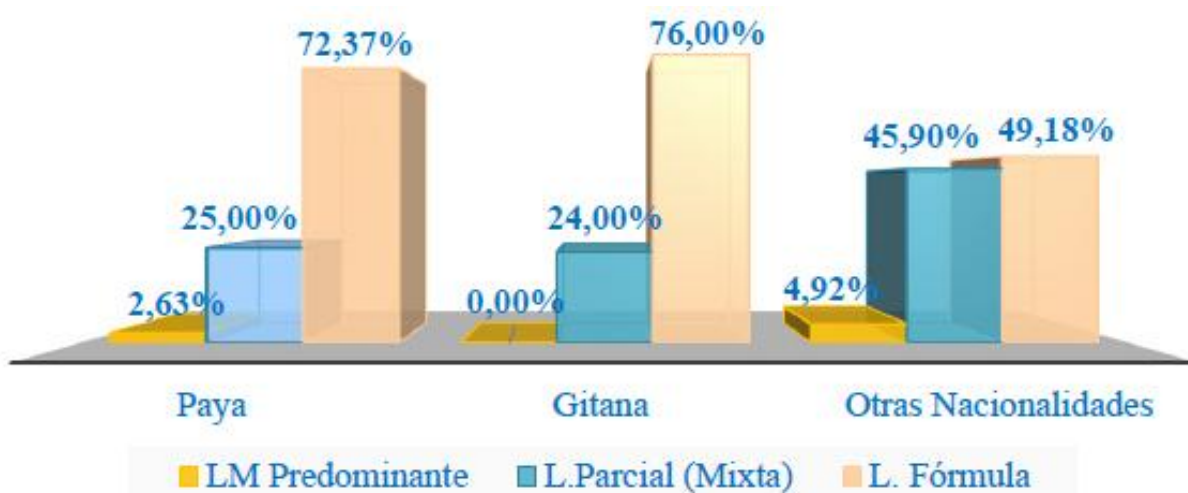


### 5.2.6 Indicador 6. Lactancia materna continúa al año

El indicador de lactancia materna continua se refiere a la proporción de niños y niñas de 12 a 15 meses de edad (>365 días y <487 días) que fueron amamantados el día anterior a la entrevista. Este indicador permite cuantificar la proporción de lactantes que continuaron con la LM al año de vida. Un 33% de la población entrevistada, seguía tomando leche materna al año de edad (Ver anexo 6, tabla 48).

El gráfico 12 muestra que ningún niño de etnia gitana tomaba leche materna como única fuente de lácteos al año de edad, siendo este grupo de población alimentado especialmente con leche de fórmula. Esta relación fue estadísticamente significativa tal como muestra la prueba de chi-cuadrado = 12,100 p-valor= 0,017 <0,05. Coeficiente Phi= 0,220 (Ver anexo 6, tablas 49-50), siendo en tamaño del efecto moderadamente bajo.

**Gráfico 12: Lactancia continua al año**



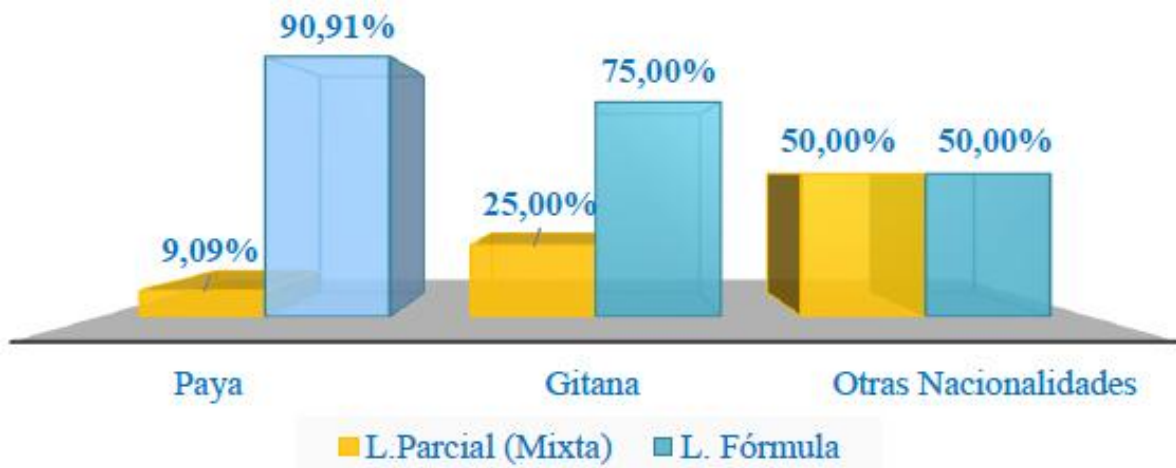
### 5.2.7 Indicador 7. Lactancia materna continua a los 2 años.

La lactancia materna continua a los 2 años calcula la proporción de niños y niñas de 20 a 23 meses (hasta el día de su 24 cumpleaños) que fueron amamantados el día anterior a la entrevista. Podemos concluir que de los 87 niños/as de edad comprendida entre 20 y 24 meses (>608-<730 días), continuaban amamantando el 21% (Ver anexo 6, tabla 51). El gráfico 13 muestra que la proporción de los niños que seguían lactando era mayor en el grupo de lactantes de otras nacionalidades (50%), siendo la población paya quien menos amamanta a esta edad (9,1%).

La lactancia materna continua a los 2 años de edad, presenta una asociación estadísticamente significativa como muestra la prueba de Chi-cuadrado = 15,116 p-valor= 0,001 <0,05. Coeficiente de Contingencia = 0,385. (Ver anexo 6, tablas 52-53), considerándose un tamaño de efecto moderado.

Considerando que la recomendación de la OMS es dar LM continua hasta los dos años de edad, esta proporción es bastante baja.

**Gráfico 13: Lactancia continua a los 2 años**

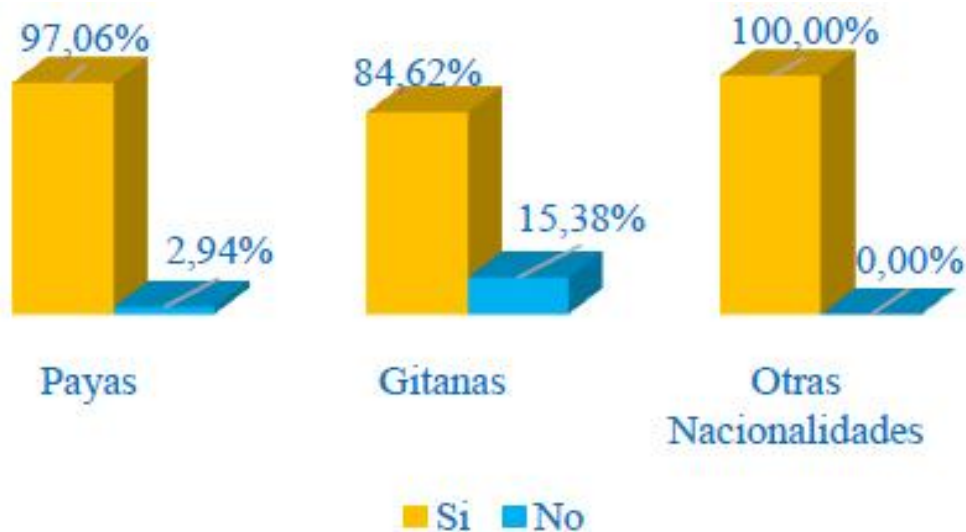


**5.2.8 Indicador 8. Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos.**

Para caracterizar la introducción de alimentos sólidos y semisólidos, se toma como denominador el número de niños de 6 a 8 meses (> 183 días y < 274 días).

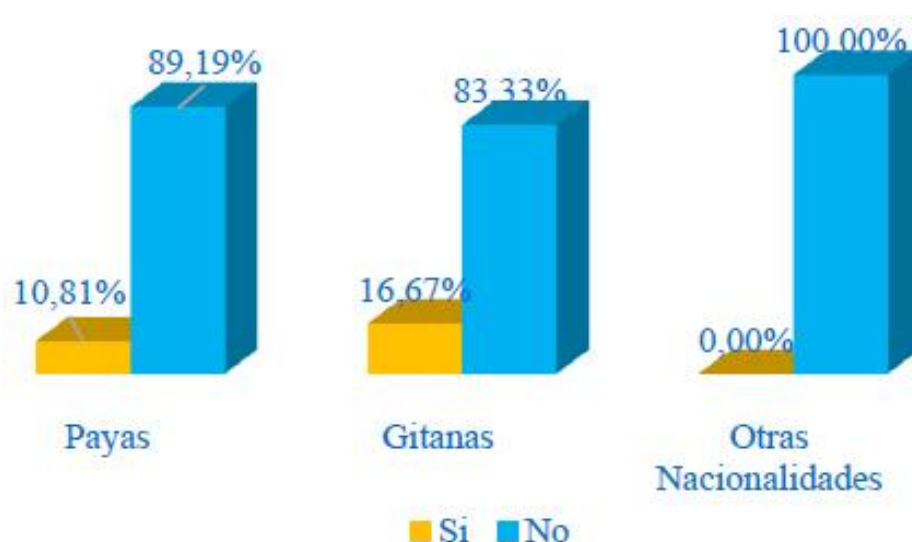
El 95% de los lactantes entrevistados de edad entre 6 y 8 meses (>183-<274 días) habían recibido alimentos complementarios el día anterior a la realización de la encuesta (Ver anexo 6, tablas 54-55-56). La proporción de estos lactantes, que recibieron alimentación sólida, semisólida o en puré, se muestran clasificados según el tipo de etnia en el gráfico 14.

**Gráfico 14: Alimentación complementaria 6-8 meses**



El gráfico 15 muestra los lactantes menores de 4 meses (122 días) que habían recibido alimentación complementaria el día anterior a la realización de la encuesta. A esta edad el 10% de los lactantes entrevistados habían recibido alimentos complementarios el día anterior a la realización de la encuesta.

**Gráfico 15: Alimentación complementaria < 4 meses**



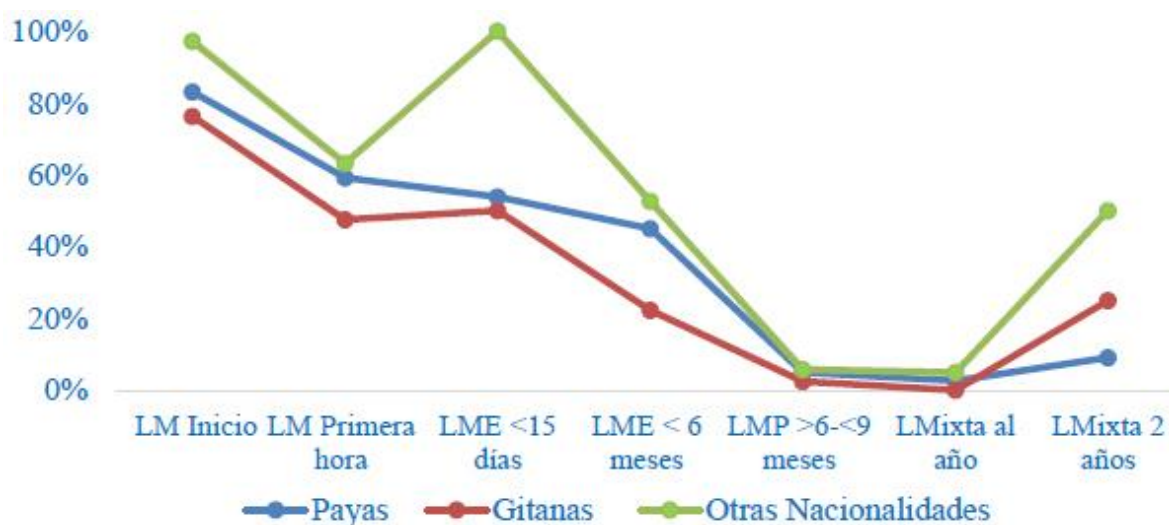
La gráfico 15 muestra el porcentaje de lactantes menores de 4 meses que habían tomado otros alimentos distintos a la leche. Siendo la proporción de niños/as de etnia gitana los que mayormente inicia la alimentación antes de esta edad (17%).

### 5.2.9 Tipo de alimentación según etnia.

Para interpretar la relación entre la variable tipo de alimentación y la variable etnia se en el presenta el gráfico 16 la distribución de la frecuencia. Se observo que, el 83% de payos, el 76% de gitanos y el 97% de otras nacionalidades, iniciaron la LM, en cambio a los 15 días de vida tan solo continuaban siendo amamantados el 54%, de payos y el 50% de los gitanos. Porcentaje que desciende considerablemente antes de los 6 meses de edad en 38 y 54 puntos porcentuales para la población paya y gitana respectivamente. Llama la atención que, el porcentaje de niños que fueron alimentados con LM Predominante, es decir, no recibieron otra fuente de lácteos más que leche materna, no sobrepasa los 9 meses de edad, a pesar de continuar siendo amamantados al año y dos años de edad reciben otro tipo de lácteos además de leche materna.

Por otro lado, ningún niño/a de etnia gitana lactaba al año de vida, en cambio resulta curioso que un 25% de esta población si amamantaba a los dos años de edad.

**Gráfico 16: Tipo de alimentación en los 3 grupos etarios**



### 5.3 Regresión logística multinomial.

En nuestra investigación se aplicó el modelo de regresión logística multinomial para la clasificación del tipo de alimentación en relación con el resto de variables predictoras que pueden tener efecto sobre el tipo de lactancia. Por lo que se ajustó un modelo estadístico de regresiones categóricas que permite seleccionar las variables para la identificación de LME, LM Parcial, LM Predominante y alimentación con leche de fórmula.

El modelo pretende responder si las variables edad del niño, edad de la madre, nivel de estudio y etnia presentaban poder discriminatorio para clasificar a los sujetos en los 4 grupos de tipo de alimentación.

Para la estimación de los coeficientes del modelo y de los errores estándar se utilizó la estimación por máxima verosimilitud. El logaritmo de la verosimilitud contrasta que las variables introducidas en el modelo sí aportan explicación de la probabilidad de clasificación de la variable dependiente (Ver anexo, 6 tabla 57).

Las pruebas de bondad de ajuste mediante Pearson y Deviance (Ver anexo 6, tabla 58), muestran que el ajuste del modelo es bueno y que estadísticamente no se aparta respecto del ajuste del modelo completo saturado con todos los parámetros. Por tanto, los valores ajustados no se apartan estadísticamente respecto a los valores observados.

Se observa que la variable Nivel de estudios presenta p-valor  $>0.05$ , por tanto, se concluye que estadísticamente no aporta información a la probabilidad de clasificar a los sujetos en alguno de los 4 tipos de lactancia.

A continuación, se muestra el modelo extraído con los coeficientes regresores (tabla 59).

**Tabla 59.** Modelo de regresión logística para predecir el tipo de alimentación ajustado por las variables edad, etnia y nivel de estudios.

VARIABLE		B	Sig	Exp (B)	95% IC	
					Inferior	Superior
<b>LMp</b>	Edad del lactante	0,58	0,00	1,78	1,41	2,25
	Edad de la madre	0,56	0,52	1,05	0,89	1,25
	<b>Etnia</b>					
	Paya	0,22	0,77	1,25	0,268	5,89
	Gitana	1,57	0,77	4,81	0,47	48,59
	Otras	0 <sup>b</sup>				
	<b>Nivel de estudios</b>					
	Primaria	0,41	0,72	1,52	0,14	15,63
Secunda	1,25	0,25	3,51	0,40	30,19	
Superior	0 <sup>b</sup>					
<b>LMx</b>	Edad del lactante	0,68	0,00	1,98	1,58	2,48
	Edad de la madre	0,03	0,65	1,03	0,90	1,17
	<b>Etnia</b>					
	Paya	-0,20	0,73	0,81	0,25	2,64
	Gitana	1,29	0,15	3,66	0,61	21,99
	Otras	0 <sup>b</sup>				
	<b>Nivel de estudios</b>					
	Primaria		0,67	0,69	0,12	3,82
Secunda		0,40	1,95	0,39	9,56	
Superior						
<b>LF</b>	Edad del lactante	0,75	0,00	2,11	1,69	2,64
	Edad de la madre	0,16	0,01	1,18	1,03	1,35
	<b>Etnia</b>					
	Paya	0,42	0,98	1,52	0,45	5,11
	Gitana	3,59	0,13	36,50	6,31	210,98
	Otras	0 <sup>b</sup>				
	<b>Nivel de estudios</b>					
	Primaria	-0,01	1,52	0,98	0,17	5,41
Secunda	1,22	3,51	3,38	0,69	16,46	
Superior	0 <sup>b</sup>					

LMp: lactancia materna predominante. LMx: lactancia materna mixta, LF: leche de Fórmula  
a: La categoría de referencia es LME  
b. Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.



Un sencillo método para estudiar la Bondad de ajuste del modelo es estudiar el porcentaje de casos correctamente clasificados (Ver anexo 6, tabla 60):

Se observa que el porcentaje de casos correctamente clasificados es del 64.1%, sin embargo, es más apropiado examinar el ajuste dentro de cada categoría. Se observa que el modelo es apropiado para la identificación de los casos con Lactancia de fórmula y Lactancia materna exclusiva con un 83.2% y un 68.3% de casos clasificados correctamente, mientras que el modelo no tiene capacidad discriminatoria para identificar los casos de Lactancia materna predominante y de Lactancia materna parcial.

Se repite de nuevo el modelo de regresión multinomial excluyendo la variable Nivel de estudios (tabla 61) dado que se ha revelado que no aporta estadísticamente información a la clasificación del tipo de lactancia.

**Tabla 61.** Modelo de regresión logística para predecir el tipo de alimentación, ajustado por las variables edad y etnia.

VARIABLE		B	Sig	Exp (B)	95% IC	
					Inferior	Superior
<b>LMp</b>	Edad del lactante	0,51	,000	1,68	1,36	2,06
	Edad de la madre	0,01	0,80	1,01	0,881	1,17
	<b>Etnia</b>					
	Paya	0,40	0,59	1,49	0,33	6,63
	Gitana	1,15	030	3,16	035	28,43
	Otras	0 <sup>b</sup>				
<b>LMx</b>	Edad del lactante	0,62	0,00	1,87	1,53	2,27
	Edad de la madre	0,01	0,74	1,01	1,53	2,27
	<b>Etnia</b>					
	Paya	0,03	0,95	1,03	0,33	3,23
	Gitana	0,80	0,34	2,23	0,42	11,74
	Otras	0 <sup>b</sup>				
<b>LF</b>	Edad del lactante	0,68	0,00	1,99	1,63	2,42
	Edad de la madre	0,14	0,01	1,15	1,03	1,28
	<b>Etnia</b>					
	Paya	0,71	0,22	2,05	0,63	6,60
	Gitana	3,03	0,00	20,86	4,16	104,54
	Otras	0 <sup>b</sup>				

a: La categoría de referencia es LM  
b: Este parámetro está establecido en cero porque es redundante.



Sin embargo, estudiando la tabla de clasificación se observa que el porcentaje de casos correctamente clasificados no produce una mejora (Ver anexo 6, tabla 62).

Se explica el modelo extraído con la exclusión de la variable Nivel de estudios. Se observa en primer lugar una reducción del Error estándar de los coeficientes estimados respecto al modelo anterior.

Edad del lactante: tomando como referencia la categoría lactancia materna exclusiva se observa que por cada mes que aumenta la edad del lactante aumenta la probabilidad de clasificación en el resto de categorías, siendo la más alta en lactancia de fórmula, llegando a clasificarse casi el doble de casos ( $Exp=1.99$ ), es decir, por cada mes que aumenta la edad se clasifican 2 casos con lactancia de fórmula por cada uno de LME.

Edad de la madre: se encuentra la misma relación que en la variable anterior, concluyéndose en este caso que se encuentra un 15 % más de casos en la categoría de lactancia de fórmula respecto a LME por cada mes que aumenta la edad.

Respecto a la Etnia: se encuentra de nuevo la diferencia más importante en la lactancia de fórmula, siendo la situación más desequilibrante el de la etnia Gitana que frente a Otras etnias. De este modo se clasifican por cada caso de Otras etnias se clasifican 20 de etnia gitana con lactancia de fórmula frente a la LME.



## ***6 – DISCUSIÓN (Fase cuantitativa)***

---

## *DISCUSIÓN (Fase cuantitativa)*

### **6.1 Sobre los resultados del estudio.**

Según la OMS, a nivel mundial menos del 50% de los lactantes inician la LM dentro de la primera hora de vida (265), cifra ligeramente inferior a la obtenida en nuestro estudio que es del 58,6%. Como se ha visto, en los resultados observamos que la gran mayoría de las madres de nuestro estudio no rechazaron iniciarse en la lactancia, dado que, el 85,5% de los niños y niñas de este estudio comenzaron la alimentación con alguna cantidad de leche materna, cifra superior, comparada con la del informe que en el año 2011 realiza UNICEF, donde notifica que un 77% de niños y niñas en nuestro país son alimentados con alguna cantidad de LM (266). También nuestros datos superan en más de 3 puntos el objetivo que propone Healthy People del 2020, cifrado en el 81,9%, para este indicador.

No obstante, a pesar de los importantes beneficios de la leche materna, observamos un relevante descenso de la alimentación natural conforme pasan los meses, en especial en cuanto a la LME, puesto que, más de la mitad de las madres que optaron por iniciar la LM abandonan durante los 6 primeros meses, no llegando a alcanzar las cifras reportadas por la OMS a nivel mundial del 44% para esta edad (265).

El estudio demostró que, de los tres grupos de población estudiados, las madres de etnia gitana fueron las que en menor medida iniciaron la LM (gráfico 7). Pocos son los estudios que comparan el inicio de la LM entre población paya y gitana, reportando, estos estudios, resultados muy distintos para este indicador, como por ejemplo, el estudio realizado por Sastre et al en la ciudad de Granada (246), no encuentra diferencias en el inicio de la LM, entre madres payas y gitanas, difiriendo este del estudio que se realiza en Cantabria en el año 2017, en donde las madres de etnia gitana, al igual que en nuestro estudio, si presentan unas tasas de inicio de la lactancia mucho más bajas que el resto de la población no gitana (257), igualmente, el estudio realizado en Gran Bretaña (247), que explora las prácticas de alimentación infantil en mujeres de etnia gitana, señala que, las cifras de inicio de la lactancia en esta población, son notablemente inferiores a la media nacional. Tan solo un 3% de la población gitana inicia la LM frente al 78% de la población no gitana, además señalan que, el 48% de las madres no gitanas, sigue amamantando entre las seis y ocho semanas, mientras que el total de las madres gitanas abandonan a esta edad.

A los 15 días de vida, el abandono de la LM se dio en menor medida entre las madres payas (23,1%), sin embargo, fueron, de los tres grupos estudiados las únicas que suplementaron con leche de fórmula y ofrecieron agua al lactante, mientras que el 100% de las madres de otras nacionalidades continuaron con LME. De igual forma, el 50% de los niños de etnia gitana eran amantados mientras que la otra mitad tomaban leche de fórmula, a pesar de que esta diferencia entre

los tres grupos estudiados no resultó ser significativa a esta edad, fueron las madres gitanas las que en mayor medida abandonaron la LM a los 15 días. De manera similar, Llanos de la Torre y colaboradores, en La Rioja (35), encuentran un alto porcentaje de abandono de la LM en esta edad en la población de etnia gitana, comparado con la población paya (33,3% vs 14,5%) (35).

La cohorte de mujeres de etnia gitana de nuestro estudio ha presentado una tasa más baja de inicio de la lactancia dentro de la primera hora de vida, siendo que esta práctica favorecedora a la LM (79) (121) (128).(122), el que un menor porcentaje de madres gitanas, no iniciaran la LM dentro de la primera hora de vida, ha podido dar lugar a un peor establecimiento de la lactancia y en consecuencia a un mayor abandono de forma precoz, entre la etnia gitana.

A la vez, las primeras semanas de vida son un periodo crítico (182) (267) (268) (269), en la que aparecen problemas que pueden ocasionar el abandono de la lactancia. La influencia de diferentes factores pueden contribuir en una precoz interrupción de la lactancia, entre los cuales, diferentes estudios destacan (182) (267) (268) (269), la falta de información y apoyo prenatal y postnatal. Este último, especialmente importante en los primeros días de vida, cuando todavía la lactancia no se ha instaurado; y en consecuencia, puede verse truncada por prácticas y rutinas que pueden no ser nada favorables al amamantamiento, como el empleo de chupetes, pezoneras, la utilización inapropiada de sucedáneos de leche de fórmula por el temor de la madre de no tener suficiente leche, unido a la pérdida de peso del lactante, son factores causantes de un abandono precoz de la lactancia, especialmente en aquellos grupos de población con bajo nivel sociocultural, que pueden ver en la alimentación con leche de fórmula una liberación y un signo externo de modernidad y progreso, que forma parte de la realidad y las aspiraciones de buena parte de las mujeres de gitanas.

Como se ha mencionado el uso de suplementos en madres que desean amamantar, está relacionado con una menor duración de la lactancia (182) (269), así como el empleo de chupetes (182) (269) y pezoneras (79) (119)., que a pesar, de no recoger en nuestro estudio esta información, si es importante mencionar que ambas practicas son muy empleadas entre las madres. El uso del chupete no se recomienda antes de las 6-7 semanas de vida, puesto que, puede dificultar la buena evolución de la lactancia, al producir confusión en la succión del bebé al pecho y en ocasiones, dolor y grietas en la madre, además, de que la succión del chupete produce saciedad y disminuye el número de tomas, lo que puede ser un riesgo para el bebé que pierde peso o no aumenta adecuadamente. En cuanto a las pezoneras, estas pueden interferir negativamente en la fisiología de la lactancia, en la mayoría de los casos suponen una barrera que dificulta una correcta succión del bebé al pecho, haciendo perder intensidad al estímulo que produce la boca del bebé al mamar y en detrimento, esto supone un freno para la producción láctea. No obstante, puede haber ciertas situaciones o problemas en las que este indicado su uso, pero esta recomendación siempre debería venir de un profesional experto en lactancia que analice cada caso en concreto. Es por lo tanto, esencial, incorporar unas buenas prácticas de LM en las maternidades y centros sanitarios, de la mano de personal de salud con formación teórica y práctica en lactancia para abandonar rutinas erróneas, evitando suprimir

una lactancia de modo injustificado exponiendo al lactante y a su madre a riesgo para su salud presente y futura (248).

Cuando contrastamos nuestros resultados de LME en menores de seis meses con los obtenidos a nivel nacional aportados por el INE (69), a pesar de que, nuestras tasas están lejos de la meta propuesta por la OMS (139), estamos en un rango más aceptable que a nivel nacional (42,3% frente al 39%).

La LME en menores de 6 meses, también resulto ser una práctica menos utilizada por las madres de etnia gitana (22,2% vs 45% de paya, 52,5% de otras nacionalidades  $p < 0,05$ ), resultados que confirma un estudio realizado en la ciudad de Barcelona, que puso de manifiesto que los niños de etnia gitana amamantan menos de 4 meses, y presentan una prevalencia de LME inferior en relación a la población paya y de otras nacionalidades (248), el cual coincide a su vez, con otro estudio (245), que observa un mayor porcentaje de abandono de la LM a los 6 meses de edad en las madres gitanas frente a las madres de etnia no gitana. Mientras contrariamente, un estudio realizado en Serbia, con madres gitanas que viven en asentamientos, halló que la población gitana presenta tasas de prevalencia de LME a los 6 meses, ligeramente superiores a la población general (270). Comparar estos resultados con los estudios realizados en España en población de etnia gitana es complicado, porque aun perteneciendo ambas poblaciones a la misma etnia existen notables diferencias entre ambas.

No obstante, podemos decir que la radiografía obtenida de los datos de nuestro estudio es clara, dado que, una cuarta parte de niños y niñas de etnia gitana siguen siendo amamantados a los 6 meses, y una gran parte, es decir, un 66,7% de las madres de etnia gitana abandona la lactancia o bien se suman a combinarla con leche artificial (5,6%). Un hecho reforzado por la gran mayoría de los estudios consultados (245) (248), por lo que, podemos decir que la gran mayoría de las madres de etnia gitana no cumplen con las recomendaciones de mantener la LME hasta los seis meses de edad, a pesar de que, no tenemos constancia de que se hayan estudiado los factores relacionados con el abandono de la LME en este grupo de población, existen diferentes hipótesis que nos pueden dar a entender por qué los peores resultados con la LME se han obtenido entre las mujeres de etnia gitana. Pensamos que, el hecho de que estas mujeres no acudan a las clases de preparación maternal ni a los talleres de lactancia (17) (34) (244). (229), puede tener relación con esta diferencia. La existencia de una educación prenatal y posnatal ha ido surgiendo a medida que fueron disminuyendo los métodos tradicionales de intercambio de información de una generación a otra. Participar de estas actividades cumple con una variedad de objetivos, tales como, influir en el comportamiento de salud; fomentar la confianza de las mujeres en su capacidad para amamantar, afrontar posibles problemas que puedan surgir durante el amamantamiento y desarrollar redes de apoyo. Es notable que las mujeres de etnia gitana no sienten la necesidad de acudir a las actividades de educación maternal, posiblemente, porque comparten con otras mujeres de su entorno que ya tienen cierta experiencia, las situaciones a las que ellas se enfrentan por primera vez, y por ello no

precisen recibir una educación grupal estructurada. Con ello, no queremos decir, que no utilicen los servicios sanitarios, ya que cuando tienen algún problema solicitan cita sin ninguna dificultad. Pero cabe destacar que se trata de mujeres que se sienten y están muy apoyadas por su comunidad y quizás por ello no hagan uso de las actividades de educación grupal, como las clases de preparación maternal y los talleres de lactancia.

A partir de la revisión bibliográfica, otros autores (34) (182) (267) nombran que las mujeres de nivel sociocultural bajo, entre las que se encuentra la etnia gitana, suelen preferir la leche artificial a la leche materna (34) (182) (267), y este hecho ha podido influir en que las generaciones actuales abandonen esta práctica tan arraigada a la cultura gitana. Todo ello, sugiere que se necesita más investigación para valorar los factores que influyen en el abandono de la LM en la población de etnia gitana y así desarrollar pautas educativas más eficaces, y acordes a sus propias necesidades y características sociales, emociones y psicológicas de esta población.

Una de las prácticas, que ha demostrado tener un impacto positivo en la duración y exclusividad de la lactancia, es iniciar el amamantamiento en la primera hora de vida (79) (121) (128).(122). En nuestro estudio, el inicio temprano de la LM fue bajo, tan solo algo más de la mitad de los lactantes iniciaron la LM dentro de la primera hora de vida (58,6%). A pesar de que, esta diferencia fue menor en la etnia gitana, no resulto ser significativa, no obstante, la duración de la LME en menores de 6 meses, si resulto significativa entre las tres etnias estudiadas, siendo a su vez, como ya se ha comentado, la LME inferior en la etnia gitana (gráfico 11), y curiosamente, fueron las madres gitanas el grupo que en un menor porcentaje iniciaron la lactancia materna dentro de la primera hora de vida (gráfico 8). Por lo tanto, según estos resultados el que una menor proporción de lactantes de etnia gitana no realizaran la primera toma dentro de la primera hora de vida, dada la eficacia que tiene el inicio temprano sobre la duración y exclusividad de la LM, tal como afirman otros autores (79) (121) (122) (128), puede haber influido en la exclusividad del amamantamiento. Los esfuerzos, por tanto, deberían centrarse en conseguir un 100% de cobertura en esta práctica, ya que, la iniciación temprana de la alimentación al pecho pueda aumentar significativamente las tasas de LME.

La OMS, propone como meta que al menos el 50% de los niños y niñas menores de 6 meses sean amamantados con leche materna de forma exclusiva (139). Un objetivo, solamente alcanzado en nuestro estudio por el grupo de madres de otras nacionalidades (52,6%). Se puede manifestar que también otros autores han identificado una mayor prevalencia y duración de la LM en las madres inmigrantes en comparación con las madres autóctonas (4) (29) (245) (240), sin haber encontrado explicaciones concluyentes que puedan clarificar estas diferencias en el amamantamiento entre ambas poblaciones. En nuestro estudio las madres de otras nacionalidades fueron las que en mayor medida iniciaron la LM dentro de la primera hora de vida, no obstante, también otros autores han encontrado que esta duración mayor de la LM puede ser debida a que se trata de mujeres que provienen de etnias donde la LM es la alimentación predominante para los lactantes (239). Por otro

lado, otros estudios indican que las tasas de prevalencia aun siendo mayores en las mujeres inmigrantes, estas se ven frenadas de forma proporcional al tiempo de permanencia de la madre en el país de destino (33) (239), en donde la mujer inmigrante va asimilando buena parte de las pautas de comportamiento de la cultura dominante, lo cual, se manifiesta en una reducción paulatina de la lactancia (260) (239). En relación con lo expuesto, aunque la LME en menores de 6 meses, fue mayor en el grupo de madres inmigrantes, llama la atención, el descenso que sufre esta población desde el inicio (gráfica 7) hasta la edad de 6 meses (gráfica 11), donde se produce una diferencia notable del 44,57%. Ante este hecho nos planteamos, que, además de la influencia que la cultura dominante puede ejercer en la población inmigrante ya mencionada, también puede ser un hecho adverso para continuar con la LME, la situación laboral más desfavorable a la que se enfrentan gran parte de estas mujeres comparado con la población autóctona. Las mujeres inmigrantes se enfrenta a peores condiciones laborales, con mayores tasas de temporalidad, con trabajo por horas y contratadas mayormente para desempeñar tareas de empleadas del hogar o cuidadoras (225) (271), trabajos en su gran mayoría, sin derecho, a la prestación por maternidad. Todo esto conlleva, que estas mujeres bien por miedo a perder el empleo y/o por necesidad económica, se incorporen al mundo laboral cuando todavía el lactante es muy pequeño, lo cual es un factor desfavorable para la LME, dado que, la separación de la criatura al incorporarse a la jornada laboral, hace necesario en muchas ocasiones, especialmente si la madre no tiene facilidad para extraerse, leche suplementar con leche de fórmula o incluso abandonar de forma precoz la lactancia.

Asimismo, podemos observar que la LM predominante, de los seis a los nueve meses de edad, aunque fue menor en la etnia gitana (7,70%), es muy similar entre la población paya y de otras nacionalidades, llegando a ser esta diferencia menor de un punto porcentual (0,6%). Del 39% de madres que optaron por la lactancia mixta, a pesar de que, las madres inmigrantes fueron las que en menor medida optaron por la leche de fórmula, también, fueron el grupo que mayormente utilizó la lactancia mixta, (80,00% de otras nacionalidades vs el 15,40% de gitanas vs el 36,10 de payas). De tal forma que, se apreció un menor número de lactantes payos y gitanos alimentados con leche materna suplementada con fórmula ( $p < 0,05$ ). Estos resultados coinciden con el estudio realizado por G. Gutiérrez de Terán (245), en donde, también las madres de otras nacionalidades suplementaban más que las autóctonas, reforzando nuestra idea, de la necesidad que tienen estas mujeres de suplementar al incorporarse al mercado laboral. No obstante, señalar que la proporción de lactancia mixta al año de edad, fue mayor en el grupo de madres de otras nacionalidades ( $p < 0,05$ ), resultados que no coinciden con los obtenidos por esta autora en esta edad (245), en donde, señala que, las madres extranjeras tienden a ofrecer en mayor proporción de lactancia mixta durante los primeros meses, en contradicción con, un mayor porcentaje de estas que ofrecen su leche al año de edad como única fuente láctea de alimentación comparado con las madres autóctonas (27% frente al 15%). Posiblemente este hecho este relacionado con lo comentado, las madres extranjeras tienen la necesidad de suplementar la lactancia con leche de fórmula, al incorporarse al mundo laboral, y por ello obtienen cifras de lactancia mixta más alta durante los primeros meses comparado con la población española, pero en la medida que el niño o niña

empieza a comer otros alimentos, la leche de fórmula se sustituya por la alimentación complementaria, y utilizando la leche materna como la única fuente de lácteos.

Todo ello demuestra que no solo se precisa de desarrollar programas de promoción de la LM para ayudar y apoyar a la población más vulnerable a no abandonar la lactancia, ofreciéndoles estrategias de suplementación alternativas a la leche de fórmula, sino también es imprescindible, disponer de medidas correctoras para encarar y luchar contra este tipo de discriminación que sufre la población inmigrante femenina, por no disponer en ocasiones de derechos laborales y tener que incorporarse al mundo laboral.

Al mismo tiempo, encontramos muy pocos trabajos que hayan estudiado el porcentaje de lactantes gitanos que continúan tomando leche materna al final del primer y segundo año, pero las cifras publicadas en estudio realizado en un CS de la comunidad de Madrid (254) menciona que, apenas el 25% de los niños y niñas de etnia gitana continúan tomando leche materna al año de edad, siendo anecdótica la incidencia de lactancia a los 2 años (254). Los resultados de nuestro estudio discrepan con la afirmación de esta autora, que señala que la etnia gitana no prolonga más la lactancia materna que la población general, ya que, nuestros resultados apuntan un mantenimiento de la LM complementada con leche de fórmula, es decir lactancia mixta (gráfica 13). Y coincidimos con las conclusiones reflejadas en la tesis de M.<sup>a</sup> Pilar Tierra (34), que afirman que las mujeres gitanas prefieren la leche de fórmula en lugar de la materna, mientras hace unas pocas décadas las mujeres gitanas amamantaban casi todas, en la actualidad consideran esta forma de alimentación como un retraso y optan por el biberón, y que en esta decisión influye más la formación que tiene la madre que su estatus social(34). Este dominio que ejerce el nivel de formación de la madre sobre la LM, también ha sido documentado por otros autores (31) (257), estableciendo la existencia de una relación adversa entre un bajo nivel de formación de la madre y la LM, especialmente, esto implica que la madre tiene un menor interés por obtener información sobre aspectos relacionados con el amamantamiento, lo cual influye tanto en la intención de amamantar como en su iniciación y continuación. En consecuencia, el desarrollar actitudes positivas hacia la lactancia, es un factor potencialmente modificable a través de estrategias de intervención que despierten el interés de estos grupos de población más vulnerables a no amamantar o interrumpir de forma temprana, y a través de actividades de promoción de la lactancia ofrecer la información y el apoyo necesario para que cambien la actitud hacia la alimentación infantil y mejorar con ello sus tasas de LM. Porque lo que si hemos observado, de los resultados obtenidos en esta tesis, es que las madres de etnia gitana optan menos por alimentar a su descendencia con leche materna que el resto de población estudiada, pero en el caso de amamantar, llama la atención que, suelen prolongarla durante más tiempo que las madres españolas de etnia no gitana (gráfica 14), una percepción que coincide con los resultados obtenidos en la I Encuesta de Salud Infantil. Comunidad Gitana Asturiana (272), que determina que la madre gitana tiene una menor tendencia a la lactancia materna, pero aquellas que eligen esta opción la mantienen durante más tiempo.



A la vista de los resultados expuestos hasta ahora y considerando las recomendaciones de los organismos internacionales en relación con la LME hasta los 6 meses como única fuente de alimentación (2) (94), encontramos que, un 10% de las madres no cumplen con esta recomendación, al introducir alimentos sólidos o semisólidos antes del 6 mes (gráfica 16). En contrapartida, de los 57 bebés con edades comprendidas entre seis y ocho meses, un 5% no recibieron alimentos sólidos o semisólidos el día anterior a la entrevista, a pesar que las recomendaciones indican que la alimentación complementaria no debe iniciarse antes del cuarto mes, ni demorar más allá de los seis meses (138). Pese a no ser esta diferencia significativa en los tres grupos estudiados ( $p > 0,05$ ), se observó que esta tendencia de demorar la introducción de AC o por lo menos, no haber ofrecido otros alimentos las 24 horas anteriores, fue mayor en la población de etnia gitana (gráfico 15). Sin embargo, estos resultados deben ser tomados con cautela, ya que, puede suceder que una parte de estos lactantes, ya hayan iniciado la alimentación complementaria, pero por diferentes circunstancias podía haber sucedido que no tomaran ningún alimento sólido ni semisólido el día anterior a la realización de la entrevista. Especialmente porque, la alimentación complementaria está influenciada por múltiples factores individuales, como la maduración anatomofisiológicas de cada niño o niña, así como otras no menos importantes como la incorporación de la madre al trabajo, el tiempo disponible de los padres, el nivel adquisitivo de la familia, la cultura de los padres y las costumbres propias de cada zona (138). Por lo tanto, es necesario vigilar, no solo que el inicio de la AC no se haga ni antes de los cuatro meses ni que sobrepase la edad de seis meses, sino que el lactante debe de recibir una alimentación con una cantidad y calidad de macro y micronutrientes adecuados que le provean de la energía necesaria, para promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño o niña. Por esta razón, el demorar la AC, por encima de esta edad, supone un riesgo de carencias en algunos nutrientes, especialmente de hierro y zinc (273), un mayor aumento de alergias e intolerancias alimentarias (273) (274), una peor aceptación de las nuevas texturas y sabores (87) (273), así como un aumento de la alteración de las habilidades motoras orales (273) Por lo que, se recomienda administrar los nutrimentos adecuados a las necesidades del niño y niña, ofreciendo alimentos seguros y oportunos a su edad y desarrollo, de acuerdo con el contexto cultural y social.

A modo de cierre, podemos decir que, un alto porcentaje de mujeres deseaban alimentar a sus bebés con LM, pero finalmente, o bien suplementan con leche artificial, o abandonan la lactancia natural por la leche de fórmula. En cuanto a la prevalencia de la lactancia materna en mayores de 6 meses, un año y dos años, esta fue más alta en las madres de otras nacionalidades, seguida de las madres payas, siendo las madres de etnia gitana las que menos tasas de LM presentaban. La extendida creencia de que las mujeres gitanas prolongan la lactancia materna más allá del año de edad, a la luz de los datos recogidos, queda demostrado que no son compatibles estadísticamente con esta afirmación. No obstante, se requiere de un estudio más profundo con una muestra más grande empleando un muestreo aleatorio estratificado y por conglomerados que permita aportar una alta potencia estadística, de forma que la población gitana de la ‘provincia’ de Valencia está adecuadamente representada.

## **6.2 Limitaciones del estudio.**

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con el empleo de los indicadores de LM de la OMS. Para obtener los indicadores de alimentación infantil, se utiliza el método de recordatorio del día anterior, a pesar de que esto proporciona una información confiable y muy cercana a la realidad en términos estadísticos, tiene como inconveniente que no estima la ingesta habitual del lactante, lo cual supone un sesgo al no corregir el número de niños/as que posiblemente tomaron otros alimentos de forma irregular.

## **6.3 Fortalezas del estudio.**

Se trata de un diseño retrospectivo que minimiza la posibilidad de sesgo al emplear una encuesta de recuerdo de 24 horas, validada y de sencilla aplicación, que consideramos que es idónea para alcanzar los objetivos propuestos en el estudio. No se ha producido sesgo de selección de la muestra puesto que participaron todas las madres y RN que durante el periodo del estudio tenían menos de dos años, con unas tasas de participación cercanas al 100%



## ***7 – CONCLUSIONES (Fase cuantitativa)***

---

## *CONCLUSIONES (Fase cuantitativa)*

Analizando los resultados obtenidos, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de las madres desean amamantar a sus hijos/as, sin embargo, en un alto porcentaje de los casos no se produce el inicio de la LM.
2. La mayor parte de mujeres que inician la LM, la abandonan de manera muy temprana, los primeros días de vida.
3. Las mujeres de etnia gitana de nuestro estudio muestran tasas más bajas de prevalencia en LM que el resto de mujeres estudiadas en:
  - a) Lactancia materna de inicio.
  - b) Lactancia materna dentro de la primera hora de vida.
  - c) Lactancia materna exclusiva en menores de 15 días.
  - d) Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.
  - e) Lactancia materna predominante entre los 6-9 meses.
  - f) Lactancia materna predominante al año de edad.
4. Las tasas más altas de prevalencia de LME y LMp se detectan en las madres de otras nacionalidades.
5. Las madres de otras nacionalidades presentan tasas de suplementación de la lactancia (LMixta) mayores que el resto de las mujeres estudiadas.
6. La lactancia materna predominante fue inexistente a los 2 años de edad en los tres grupos estudiados.

## **CONCLUSIÓN FINAL**

Como resultado de este trabajo concluimos que queda mucho margen para la mejora en lo que se refiere a los indicadores de lactancia materna, tanto al inicio como en cuanto a la duración de la misma. Así como, la prevalencia de LM en la etnia gitana es baja y dista mucho de las recomendaciones actuales por lo que, en este sentido, se requiere seguir incidiendo en el fomento y respeto de las decisiones tomadas por las madres en relación con la LM, reforzando las medidas de información y promoción de la LM en los centros sanitarios especialmente a los colectivos más vulnerables.



## ***8 – ANÁLISIS Y DISCUSIÓN (Fase cualitativa)***

---

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN (Fase cualitativa)

La entrevista a este grupo de madres de etnia gitana se inició con el relato de las costumbres y tradiciones gitanas, con la información de esta primera fase se pretendió conocer la forma en que estas mujeres sienten y expresan su cultura. La lectura de la entrevista permitió identificar tres unidades temáticas:

- Ser mujer gitana en la era actual.
- Amamantar experiencias, decisiones y negociaciones.
- Ayuda ante dificultades durante el amamantamiento.

### 8.1 Ser mujer gitana en la era actual..

En la cultura gitana, son las mujeres las protagonistas de la honra de la familia, cumpliendo con los cánones convencionales. El no ser vistas con chicos, para que la familia no pueda ser difamada. Una serie de valores que se les inculca desde pequeñas, como el tener cuidado en guardar su honra, y llegar así vírgenes al matrimonio.

Al hilo de lo anterior relatado que revela Samara *“A mí me han educado de una manera..., y yo me he hecho madre..., me hecho mujer..., me he hecho mayor, y porque a mí me han dicho ciertas cosas, que a mí no me da la gana enseñarle esto a mi hija, no quiero, ¡porque no es de verdad!, (Samara página: 2)* se percibe cierta discrepancia, un conflicto entre lo que racionalmente piensa, y lo que su cultura le ha inculcado. Ella es consciente que tiene el deber de propagar a la siguiente generación una serie de valores culturales, pero simultáneamente se niega a que su hija continúe con determinadas costumbres que a ella le fueron transmitidas.

*“A ver, Yo a mí niña le inculco lo que mi madre me ha inculcao, que lo veo bien... sobre todo a las niñas. ¡Vale!, tú no puedes ir con chicos, porque tú tienes que guardar... un... como una fama, sino, que nadie pueda hablar de ti mal, que nadie pueda hablar de que te has visto con un chico a escondidas o que te has visto con algún chico, porque luego la gente..., cuando tú seas mayor de verdad, cuando tengas tu edad para ya poder ya casarte, entre comillas tus 18, 19, 20, 25, 30, que no puedan decir que la Pilar ha estado con tal chico, ha estado con fulanito, ha estado con menganito. Tú no puedes salir con chicos a la cama, les paras los pies..., ¡noooooh!. que yo soy muy pequeña...! que mi padre me mata...! tú no puedes tener “eso”. (Samra página: 9)*

En este aspecto, resaltan la importancia que tiene el rito del matrimonio gitano, siendo la prueba del pañuelo, uno de los rasgos más representativos de su identidad cultural. A pesar de que hoy en día, se van adquiriendo posturas más modernas y tolerantes respecto a esta práctica, todavía prevalece el

sentimiento de que, cumplir con ello es un signo de fidelidad a la tradición gitana, además, de un motivo de orgullo para la familia el demostrar públicamente que la desposada se mantiene virgen.

*“Lo bonito que es que te cases bien casadita, honra a tu familia, esto es lo mejor. Yo me saque mi pañuelo para mi marido” (Isabel página: 4).*

*“Que tú, tienes que sacarte tu pañuelo., casarte bien... Yo, quiero que mi hija saque el pañuelo, luego va a quedar en ella, ¡vale...! va a quedar en ella..., yo quiero que lo saque. ¡va a quedar en ella!, si lo quiere sacar que lo saque..., yo la voy a seguir queriendo igual, igual voy a estar orgullosa de ella, ¡igual!” (Samara página: 9).*

*“Nosotras somos cinco chicas y un chico y tenemos cuatro casás. Tres con gitanos y una con un payo, se casaron e hizo su boda. ¡eh!, saco su pañuelo. (Geno página: 10).*

A pesar de que, lo deseable dentro de la comunidad gitana es que el matrimonio sea entre personas de la misma etnia, las participantes apuntan, que cada vez, con más frecuencia se dan matrimonios interculturales y estos son vistos en la actualidad con mayor normalidad. Todas ellas comparten la opinión, de que, no se tiene porque perder la identidad cultural por el hecho de unirse a una persona de etnia distinta.

*“Y el payo la tiene muy a gusto, la quiere mucho, viven muy felices, Y no tiene por qué ser malo... el decir es que me he casao con un payo, ¡yaaaaaaaaaaa!, como antes eras repudiada, aislada..., ya no tenías relación con la familia, too eso hoy en día ha pasao... Igual puede ser buena persona un payo que un gitano, que... un chino, eso depende de la persona, no de la raza... yo tengo dos hijas y yo las quiero a mi lao, que las pueda ver, que las vea felices”. (Geno página: 10).*

*“Si esta con un payo o con un chino o negro, por supuesto, la voy a querer igual, la voy aceptar igual... que la haga feliz” (Samara página: 10).*

*“A mí me da miedo, que las lleven y luego no las ves...: a mí un negro me da miedo...” (Isabel página: 10).*

Uno de los aspectos a destacar es el valor que estas mujeres dan a la formación educativa. Se trata de una cultura muy arraigada a sus costumbres y leyes morales, hasta no hace muchos años las gitanas, no terminaban la educación básica (222), pero en estos momentos, aunque pocas, cada vez son más las mujeres gitanas que cursan estudios superiores (220) (222). En esta discursiva, se observa que las madres promueven en sus hijas el que no abandonen y continúen sus estudios.

*“No es imprescindible decirle a mi hija, por ser gitana, que no pueda estudiar y que no vaya al instituto, ¿Por qué...? Mi niña va al instituto y tiene unas notas excelentes, excelente, excelente.*



*Porque yo de pequeña... como le dije yo a su tutora, "yo de pequeña me quedé con las ganas de estudiar", ¡vale!. como que yo me quede con las ganas de estudiar, yo a mi hija le estoy inculcando por todos los medios, de que la niña estudie, ¡vale!"*(Samara página: 2).

*"Yo creo que las cosas están cambiando, por eso, porque se nos abren. Y a nuestras hijas pues ya las criamos de otra forma. Yo a mis hijas igual, yo les estoy inculcando desde pequeñas que tienen que estudiar, que tienen que tener un trabajo y ser mujeres de provecho..., que ellas pueden ser médicas... que ellas pueden ser abogadas... que por ser gitanas ¿porque no pueden ser...? (Geno página: 2).*

También una de las madres, señala la diferencia existente en la forma de educar según el género (222). Considera que no se cría igual a las chicas que a los chicos, a pesar de que la mujer joven goza actualmente de mayor autonomía, en algunos aspectos, todavía existen ciertas barreras y diferencias en cuanto a la permisibilidad de las chicas respecto a los chicos.

*"Yo opino... Yo tengo dos niñas, a ver, respeto todos los pensamientos que tengan las demás. Pero yo opino que es injusto que una niña tenga que crecer reprimida toda su vida, y un hombre liberado toda su vida haciendo lo que le dé la gana... ... y tú que estas criando a tu hija, ¡no esto... no lo otro... no esto...Y coja luego un chico, que él... no es que sea malo, ¡es que es lo normal...yo eso no lo veo bien...! Como persona vale..., yo sé que son nuestras costumbres y es así, vale, yo no lo comparto, yo esto no lo veo bien., ¡Que un hombre se arte de discotecas, de mujeres y de too... (Geno página: 4).*

#### 8.1.1 Ideología patriarcal e identidad de las mujeres gitanas.

Durante la exposición se percibe cierto conflicto interno en las mujeres participantes, por un lado, el deseo de asumir el rol que se espera que desempeñen como mujer de etnia gitana, que las compromete a preservar los valores y costumbres tradicionales de su comunidad, valores culturales que les son transmitidos por sus madres a las que deben respeto y obediencia.

*"¡Tu sales!, pero a mí me respetas, como me decían a mí" (Isabel página: 4-).*

Un acervo cultural que, por otro lado, coarta su aspiración de libertad personal, y no les permite abandonar la posición que tradicionalmente soporta la mujer gitana. Como mujeres jóvenes buscan su propia independencia y autonomía, dentro de una sociedad que les ofrece mayores posibilidades (231). La idea que se repite en todas sus opiniones, es la gran presión y control que han sufrido por parte de sus padres, una falta de libertad que ha condicionado sus actuaciones y el poder tomar sus propias decisiones, algo que no desean perpetuar en sus hijas, anhelando que estas puedan alcanzar más logros que los que ellas consiguieron. Desean romper con esta falta de libertad y tener más oportunidades y lo manifiesta así:



*“Te educan de una manera y te inculcan unas cosas que naces con ello, ¡vale!. poco a poco, la cosa va cambiando, va avanzando... como mujeres que seamos gitanas independientemente... yo creo que las cosas están cambiando. Y a nuestras hijas pues ya las criamos de otra forma. Yo a mis hijas igual, yo les estoy inculcando desde pequeñas que tienen que estudiar, que tienen que tener un trabajo y ser mujeres de provecho...” (Saray página: 1).*

Si bien no son estos aspectos concretos el motivo del estudio, si tienen un valor significativo, y reflejan la lucha y conflictos internos que a menudo y especialmente las madres gitanas tienen a la hora de tomar ciertas decisiones, que se ven frustradas por una sociedad tradicionalmente patriarcal (222). Sus voces encierran un deseo de transformación, no solo en lo que se refiere a adquirir un mayor nivel de formación académica, una aspiración en cierta medida ya señalada por otros autores (220) (222), sino que también, estas mujeres demandan algo más de lo que se aprende en las aulas, reclaman también, un cambio en algunos valores culturales gitanos, para los que no desean ser sus transmisoras, al no estar estos en concordancia con los tiempos actuales.

*“A mí me han educado de una manera..., y yo me he hecho madre..., me hecho mujer..., me he hecho mayor. Y a mí me han dicho ciertas cosas, que a mí no me da la gana enseñarle esto a mi hija, no quiero, ¡porque no es de verdad!. (Samara página: 2).*

Las mujeres de etnia gitana actual han sido las protagonistas de grandes cambios dentro de su comunidad, el haber tenido una mayor formación académica que las generaciones anteriores, les ha permitido abandonar sus oficios tradicionales y obtener mayores alternativas y condiciones laborales, contribuyendo con estos pequeños logros a mejoras en otros aspectos como la salud, la vivienda y participación social, eliminando una serie de barreras tan necesarias, no solo para que este grupo étnico se integre en la sociedad, sino también para conseguir alcanzar la igualdad de género que no dispone la mujer gitana (220) (222). Estas mujeres incitan y motivan a sus hijas a crecer a través de la formación como una herramienta importante de superación.

#### 8.1.2 Aspectos de la cultura gitana en transformación.

La reflexión de las participantes sobre la transformación que está experimentando la etnia gitana como cultura apunta a la forma de educar a los hijos, tan diferente de como ellas fueron educadas.

*“A mí, mi padre no me dejaba salir, pintarme y todo eso sí, pero salir no” (Nora página 2).*

Por esta razón, con el otorgar a sus hijas cierto grado de libertad, y aunque no haya sido expresado así por estas mujeres, creemos que es una estrategia fundamental, no solo para avanzar al ritmo de la sociedad actual, sino que es un hecho que cobra una importante relevancia como herramienta de prevención y superación de desigualdades, y una herramienta que refuerza la integración de este colectivo en la sociedad general.

*“Yo a mi hija no puedo reprimirla y reprimirla... Y no voyas con las amigas... no bajas a la calle... ¡tiene 12 años...!! Y hace música y hace de to...” (Samara página 8).*

*“¿Pues qué haces?, ¿la dejas también encerra...? pues tendrá que salir, irse a un Carrefu, irse a un cine” (Manuela página 7).*

Apuntan, que la mujer gitana actual dispone de mayor libertad comparado con la que ellas tenían (222), libertad que no siempre se ve aprobada durante su discurso. Comentan que las gitanas jóvenes salen más, que salían ellas a su edad. Coinciden que ellas vivieron una niñez más reprimida, más controlada y con menos autonomía, y aunque lo censuran, no considerándolo normal, se encuentran ante el dilema de la desaprobación y el ansia de libertad,

Consideran que en general en este aspecto se ha mejorado notablemente en las últimas generaciones, que los padres de hoy son más liberales, a pesar de que la tradición gitana sigue manteniendo que la mujer debe tener cuidado para que la familia no se vea mancillada.

Entre los cambios que se han producido, resaltan como negativo, la vestimenta de las jóvenes actuales. Consideran que se las permite vestir de forma más atrevida y poco apropiada a su edad. Mostrando las entrevistadas cierto rechazo a esta notable permisibilidad y relajación. La responsabilidad en la transigencia de la estética y manera de vestir de sus hijas la atribuyen, especialmente, a la figura del padre.

*“Pues si las niñas de hoy en día, ¡madre mía! parecen mujeres... (Luisa página 5).*

*“Porque también se las deja mucho... van toas escotas, van con 14 años como si tuvieran veinte... si vienen al cumpleaños con 11 años con sujetadores, pintadas, ¿pero esto que es nena?... es que según bailan muchas de las niñas es para fijarte en ellas, porque bailan que parece que estén haciendo otra cosa. Hombre ya te digo..., yo a la calle como van estas niñas no salía... a mí, mi madre me arrancaba la cabeza. Ahora los gitanos son muy cornudos para las hijas.( Isabel página 5).*

Así pues, la comunidad gitana está inmersa en un proceso de cambio al que estas mujeres dan dos lecturas diferentes. Por un lado, censuran la rigidez con las que ellas vivieron, anhelando tener más libertad e independencia, y por otra parte la permisibilidad de la generación actual que desapruban.

En otro momento de la entrevista, las mujeres relatan que se han producido cambios en el estilo de vida de la mujer gitana, son más libres para hacer determinadas cosas que eran vetadas a sus madres (231). No obstante, a través del discurso se identifica, que la mujer gitana sigue estando supeditada a la autoridad patriarcal. Los roles de género continúan fuertemente enraizados en esta cultura (220) (231). El papel dominador y controlador del hombre gitano sobre la mujer, se sigue transmitiendo de generación en generación, y a su vez, aceptado de modo prácticamente “natural”, y “normal”,

entre las propias mujeres. Una relación de poder que favorece al hombre y es discriminatorio para la mujer gitana, que no llega a ser consciente de que se trata de una forma de sometimiento y de violencia encubierta hacia su persona.

*“Sí, las cosas han cambiado mucho porque yo sé que antiguamente, a lo mejor mi madre, decía, ellas donde no iban sus maridos, ellas no iban. Y hoy en día las mujeres si nos queremos ir a la piscina nos vamos, si nos queremos ir al centro comercial... Esa libertad la tenemos. ¿Verdad...? Que antiguamente no se tenía” (Geno página 11).*

*“Aún hay algunos que no las dejan... Si, se tiñen el pelo, se piensan que van hacer algo...” (Isabel página 11).*

*“Pa ese tema de los maridos, yo siento que tengo mucha libertad, libertad la verdad” (Luisa página 12).*

*“Yo la semana que viene me voy a Madrid, sin marido (sin hijas) ... me ha costao, me ha costao convencerlo, pero sí” (Nora página 11).*

La mujer gitana al casarse sale del control del padre para continuar en un mundo organizado y controlado por el marido, Manifestaciones de desigualdad dentro de la propia cultura marcadas por el género, asociadas tradicionalmente a la función social que la mujer gitana debe cumplir como madre y esposa. El poder y la autoridad están concentrados en el hombre, a quienes la mujer debe sumisión y respeto. EL marido ejerce un estricto autocontrol respecto a qué actividades puede la mujer realizar y cuáles no, Y así han expresado estas mujeres:

*“Mucha libertad en estas cosas, pero en otras no. A lo primero era más cerrado, conforme van pasando los años de casá, como va abriendo los ojos y va viendo más allá y siendo más liberal, más consciente, más..., más comprensible. A lo mejor en otros temas, por ejemplo, del machismo. En casa... mi marido me ayuda, ¡vale!, me deja ir con mi familia. Me deja allí donde mis padres dos o tres días, lo que yo quiera. Ósea, en el tema de que yo me voy..., dos o tres días y he vuelto con el tren con mis hijas no tengo problema. En unos temas más sí, y en otros temas más no. Yo entiendo que conforme van pasando los años va pasando más too y se va madurando y se va viendo las cosas de otra manera. Así como otras cosas, ¡no! Te deja que vayas con tu familia, cada vez más, cada vez más. Pienso que eso..., que con los años vamos a ir evolucionando. (Samara página 12).*

Estas mujeres, tratan de inculcar a sus hijas ideas de libertad e independencia, desean que estas sean mujeres de hoy, que tengan más libertad de la que ellas han tenido, pero sin dejar de ser mujeres gitanas siguen queriendo educarlas en la tradición gitana.

*“Yo no veo bien que una niña con 15-16 años que se pida--. Y, ya se le quita la niñez..., se le quita la juventud y se le quita to, ya se le ata... a mi sobrina, también mi hermano la lleva así (señala con el dedo que recta), porque si no también en seguida vienen a pedirla... tiene 15 años, ¡a donde va!” (Luisa página 5).*

*“Es que no tiene edad de pedirse, porque una niña que se casa con 17 años...” (Isabel página 5).*

*“Yo pienso, ¡vale!. esas niñas, buscan una libertad y ellas se creen que casándose van a tener esa libertad, ¿eso de que culpa es? de conforme tú la estas educando y criando, porque como la estas prohibiendo, ¡prohibiendo y prohibiendo... ellas se creen que se van a casar, uuuuuuuuuuuuu! y ya van a ver el paraíso...: si esas niñas podían tener una vida normal, digo yo que no se casaban con 15 años” (Geno página 5).*

Todas ellas coinciden, en no estar de acuerdo, en que se coarte la libertad de la mujer, pidiendo su mano cuando todavía son unas niñas. No les parece correcto seguir con este esquema de su tradición, especialmente porque opinan que enreda y aturde a una edad que todavía son unas niñas, creyendo que obtendrán una liberación que no tienen, pero se equivocan si piensan que la conseguirán con el matrimonio. Consideran la importancia de que las jóvenes tengan más oportunidad de disfrutar de la vida, que tengan más libertad que la que ellas tenían, antes de comprometerse o casarse.

## **8.2 Amamantar, experiencias, decisiones y negociaciones.**

Con respecto al proceso de codificación de acuerdo a la narrativa de las participantes entrevistadas se elaboraron 5 categorías principales de análisis sobre la LM: Determinación de amamantar, Decisión de destetar, Experiencia y valoración de la LM, ayuda en la lactancia, asistencia a los grupos pre y postnatales. Estas categorías surgen de los conceptos que emergieron del proceso de codificación a partir del análisis que engloba la semántica, de este modo, emergieron a la vez, diez subcategorías de análisis, esta fue: Decisión propia de la madre de amamantar, Decisión de amamantar influenciada por el entorno de la madre. Destete producido por el bebé o por la madre, Experiencia y valoración de la lactancia positiva y negativa, Ayuda práctica y Ayuda emocional en la LM y Asistencia o no a los grupos de preparación pre y postparto.

En este punto de la tesis, se pretende entender de forma más concreta las prácticas de crianza desde la posición de este grupo de madres cuyo escenario socio-cultural pertenece a la etnia gitana. Es decir, mediante el análisis de esta parte de la entrevista, deseamos conocer la vivencia que estas mujeres han tenido respecto a la LM, cuales son factores que han influido o condicionado el acto de amamantar y como han participado estas mujeres de las actividades grupales maternas que ofrece el centro sanitario.

Todas las madres entrevistadas habían asistido a los controles prenatales, y todas ellas excepto una había tenido experiencia con el amamantamiento (tabla 63), a pesar de que, en el momento de la entrevista, ninguna de las madres estaba amamantando. La duración de la LM vario de mes y medio a veintiún meses, siendo la media de amamantamiento de 9 meses, por lo que podemos decir que, hablamos de una lactancia más prolongada, que el que encontramos en la población general (4,5 meses de media) (272). Partimos de una percepción de que la mujer gitana actual tiene menor predisposición a amamantar, pero las madres gitanas que optan por ella la mantienen durante más tiempo (272).

**Tabla 63.** Prevalencia y duración de la LM en las madres gitanas del grupo focal.

<b>Madre</b>	<b>Nº de hijos</b>	<b>Duración de la LM</b>
<b>Samara</b>	3 niñas	1ª = 3 meses 2ª = 8 meses 3ª = 21 meses
<b>Geno</b>	3 niñas	1ª = mes y medio 2ª = mes y medio 3ª = 12 meses
<b>Luisa</b>	1 niño	Edad actual 1 mes. LA
<b>Manuela</b>	1 niño 1 niña	1º = 3 meses 2ª = 8 meses
<b>Isabel</b>	3 niños	1º = 10 meses 2º = 11 meses 3º = 11 meses casi 12
<b>Nora</b>	2 niñas	1ª = 8 meses 2ª = 18 meses

Un hecho observado, es que las madres con más de un hijo presentaban una diferencia en la duración de la lactancia de sus primeros hijos respecto a los posteriores, es decir amamantaron durante más tiempo a los hijos menores. Asociación que puede estar relacionada con que las mujeres que han tenido la vivencia de amamantar se sientan con más experiencia y seguridad de poder hacerlo nuevamente (35). En este sentido destacar.

### 8.2.1 La toma de decisiones en relación al amamantamiento.

En esta parte del análisis, nos encontramos con que una sola madre manifestó desde el principio de la gestación su intención de alimentar con leche de fórmula. Una decisión que refirió que estaba influenciada por recomendaciones del entorno familiar, especialmente de su madre.

No debe perderse de vista que la decisión de amamantar en gran parte esta influenciada por el entorno familiar, especialmente la abuela materna puede influir en el inicio y mantenimiento de la LM, tanto promocionándola como desalentando a la madre a amamantar (176) (178) (34) Las mujeres reciben de sus madres una serie de recomendaciones que, por lo general, suelen ir en consonancia con las vivencias que estas tienen respecto a la LM (275), y puede ocurrir que la presión del entorno para que la madre amamante, haga que esta se sienta agobiada e intimidada, especialmente si no se acompaña de ayuda en las tareas del hogar y lleve a un abandono temprano.

Algunos autores señalan que la elección del método con el que alimentar al RN está muy influenciado por la preparación que reciben las madres durante la gestación (160) (235) (244), así como del entorno cercano de la madre; y que a su vez, junto con el apoyo y ayuda que reciba del entorno sanitario (172) (176) (178), va a influir en su duración. A pesar de que el sistema sanitario, ofrece a las mujeres gestantes un programa de preparación maternal, en donde la mujer recibe información y formación sobre cuidados durante la gestación, puerperio y la atención al RN, generalmente las mujeres gitanas no suelen acudir a este tipo de actividades (244) (229), posiblemente, no lo vean como algo necesario, porque en su cultura la transferencia de estos valores respecto a la preparación para el evento del nacimiento y la crianza de la criatura recae sobre el género femenino, un rol generacional de preparación a la futura madre que sigue manteniéndose dentro de la etnia gitana (34) (17).

En ocasiones la influencia que ejerce la madre para que la hija amamante, viene marcada por la vivencia y el modo de crianza de la abuela (17) (275), y este tal vez, entre en conflicto con las expectativas y las demandas que tienen las hijas. Es decir, la madre aprendió un modelo de crianza que a lo mejor no se ajusta a las necesidades o al deseo de la hija, y posiblemente tampoco responde a los conocimientos científicos actuales.

*“Mi madre quería que diera teta, claro que sí”. (Nora página 25).*

*“Mi madre me inculco en la cabeza que tenía que darles teta por fuerza, porque ella ha tenido siete, y a los siete les ha dado teta. ¡Que era muy bueno!, ¡que luego se mueren de los cólicos sino!, ¡que no sé qué!, ¡que no se más...! Y tú con 20 años qué, ¡estás gilipollas perdida!, con perdón de la palabra. Tuve que darle teta a la niña”. (Samara página 21).*

*“Mi madre, nos ha dicho siempre a toas sus hijas que es mejor dar tu leche. (Geno página 21).*

Tal como relata en este caso Samara, su madre amamanto a todos sus hijos, un hecho que influyo en su decisión. Determinación que posteriormente no considero muy acertada.

*“Sí, sí... Yo lo tenía claro... que cuando naciera el niño no le iba a dar teta, mi madre me dijo que le diera biberón, que se criaban igual... que si no están todo el día enganchaos..., las tetas como pellejos, y que se crían igual de la otra forma... Que le diera biberón. Lo que sí es verdad que cuando nació me lo pusieron aquí (se refiere encima de ella) y el me busco, sí que dude un poco, porque la sensación esa de que te buscaba” (Luisa página: 26)*

Contrariamente a Samara nos encontramos con el caso de Luisa, cuya madre no había lactado a todos sus hijos, quizás debido a la gran influencia de la “cultura del biberón” de la época.

Ambas líneas de análisis, muestran una percepción, negativa, muy similar respecto a la LM, tanto en Samara que amamanto como en Luisa que decide no hacerlo, lo cual, podría cambiar si estas mujeres hubieran recibido formación y preparación prenatal, haciendo participe también al entorno familiar. Es decir, que una opinión y actitud positiva de apoyo y valoración frente a la lactancia por parte del entorno familiar, puede ser un estímulo positivo para su inicio y mantenimiento, algo que debería ser estimado por parte del sector sanitario que trabaja en el campo de la LM (176), especialmente, porque no hay duda alguna de que las abuelas, tal como confirman algunos estudios (17) (172) (176) (178), marcan sus estilos de crianza en la siguiente generación, Influencia que puede ser mayor en aquellas culturas como la gitana, en donde existe una jerarquía de poder generacional. Por ejemplo, Samara reconoce que, al ser muy joven, cuando nació su primera hija, su madre influyo en la determinación de amamantar.

También en Luisa, fue su madre quien influyo para que alimentara con biberón a su bebé, una madre, que habiendo amamantado valora la leche de fórmula como más adecuada, y que considera ambas formas de alimentación equiparables, mientras que la lactancia materna es más esclavizante.

En cuanto al relato de Luisa, cabe mencionar, que ella experimenta tras el parto, un conflicto entre lo que demanda su instinto maternal, y los consejos de su madre, y aunque estos prevalecieron a su instinto, es importante hacer mención que, a Luisa tras el parto le colocaron al bebé piel con piel, y, tal como señalan prestigiosos investigadores como Nils Bergman (125), ello produce una serie de cambios en el comportamiento materno que desencadena ese “instinto natural” de cuidado y protección, que contribuye a que la mujer se sienta más predispuesta a iniciar la lactancia. El contacto inmediato piel con piel después del nacimiento aumenta la posibilidad de que el lactante sea amamantado (128). Un hecho que, tiene un valor significativo para el análisis, ya que de las palabras de Luisa subyace que, al sentir el contacto del bebé, albergo ciertas dudas de si debía amamantar. Indecisión que posiblemente hubiera tenido otro desenlace, si Luisa, hubiera recibido una adecuada formación prenatal. Por ello es importante animar al sector sanitario a comprender la importancia que tiene la preparación de la madre en lactancia materna, haciendo especial hincapié

en aquella población que es más vulnerable a no amamantar. En este aspecto la participación en la preparación maternal del entorno familiar de la madre, especialmente de las abuelas contribuiría a incrementar su nivel de conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna, ayudando a aumentar la incidencia y prevalencia en la misma (204).

La intención de amamantar junto con el interés y la confianza que tenga la mujer sobre su capacidad de llevar a cabo la experiencia de la lactancia de forma eficaz son las principales variables psicológicas asociadas con la duración de la LM (276) (235). A la vez, los estudios revisados, mencionan que cuando la madre recibe apoyo práctico y emocional del entorno familiar, aumenta la fuerza y seguridad en lo que está haciendo estimulándola a continuar con la lactancia (168) (235) (277).

No obstante, como podemos también comprobar en el siguiente apartado, en los discursos de ninguna de las madres entrevistadas, aparece el padre como incentivador, ni disuadir de la práctica de amamantar.

### 8.2.2 El Destete.

Me aflige pensar que las madres se hayan podido sentir presionadas a amamantar en contra de su voluntad, pero más me entristece cuando una madre deseando lactar no lo consigue porque no obtuvo ayuda para lograrlo. A fin de cuentas, las primeras lograron su objetivo mientras que las segundas fracasaron en su intento.

Las entrevistadas hacen una reflexión sobre el motivo por el cual dejaron de amamantar. De los trece niños y niñas que fueron amamantados, once de ellos fueron destetados por decisión de la propia madre, mientras que tan solo en dos, el destete se produjo por propia iniciativa del lactante.

Las madres entrevistadas han tenido experiencias muy diversas con el destete. El principal determinante para que tres de las madres dejaran de amamantar fue haberse quedado sin leche. Incluso una de ellas refiere que esta falta de leche fue el motivo por el cual sus dos lactancias anteriores fracasaron. Percepción que motivó la introducción de biberones de leche de fórmula.

*“¿Que ha pasao?... me quede sin leche (ja, ja, ja) y se la quite” (Nora página 19).*

*“Yo personalmente a mis hijas, a los dos mayores... Les intente dar teta... no sé porque si tenía menos experiencia... era más joven... Les di mes y medio no llego.... Porque yo decía que no me salía leche, ¡vale...! y les envaúque el biberón y se criaron con biberón” (Geno página: 24).*

*“Yo le di tres meses, porque ya no me salía, me salía agua chirli” (Manuela página 24)*



De sus comentarios, se percibe un desconocimiento de cómo funciona, en particular, la producción láctea.

El motivo principal por el cual estas madres destetaron fue una producción insuficiente de leche, un miedo infundado reflejado por otros autores (13) (120) (155) (235), que afecta a muchas mujeres en algún momento de la lactancia. La sensación de no tener leche suficiente para alimentar al bebé, es en la mayoría de las veces, una percepción subjetiva, resultado de una escasa información sobre aspectos básicos de la fisiología de la lactancia, y en gran parte, influenciado por la presión negativa del entorno (278). La evidencia apunta (79), que cuando la lactancia está establecida, el pecho no deja de repente de producir leche si el bebé no deja de mamar. Es indudable que la disminución en la producción láctea es fruto de una falta de estímulo, es decir, el bebé no mama con la debida frecuencia. En estos casos, si la madre desea amamantar, el proceso apropiado, ante la percepción de una bajada en la producción, sería incrementar la frecuencia de las tomas. El administrar un suplemento de leche de fórmula, lejos de solucionar el problema, contribuye a empeorar la situación, siendo la causa de que el pecho vaya perdiendo paulatinamente su capacidad de producir la cantidad de leche que el bebé necesita. Por lo tanto, la injerencia del biberón es el culpable de que a muchas madres se les retire la leche. Es importante que las madres y la sociedad en general, conozcan y entiendan que la lactancia es un proceso que se rige por la ley de la oferta y la demanda (79).

La lactancia puede verse comprometida por una mala y escasa información. Las falsas creencias y mitos, de una sociedad que ha perdido la cultura de la lactancia, puede hacer dudar, en un momento en que la mujer es más vulnerable e influenciable a comentarios negativos respecto al amamantamiento. Ante una situación de preocupación y miedo, (279), el organismo libera hormonas como adrenalina, noradrenalina y cortisol, que es lo que realmente puede bloquear la producción láctea. A la vez, el fuerte vínculo existente entre madre y bebé, hace que el lactante perciba el agobio materno y, en consecuencia, se muestre molesto e irritado, sumando más angustia en la madre. Por todo ello, la producción de leche se verá afectada, siendo la razón real por la que la madre acabara ofreciendo un biberón de leche de fórmula (280) (278).

Si las madres fueran conocedoras de lo descrito y siempre que la lactancia se dé a demanda y no existan problemas de agarre que dificulten el vaciado de la mama, se contribuiría a dar seguridad y a mantener la LM.

El agobio y cansancio, también descrito por otros autores (235), ha sido otro de los motivos importantes por el cual estas mujeres decidieron destetar, como es el caso de Samara, que no supo otra forma de gestionar el amamantar a una niña muy demandante, y opto por un destete repentino.

*“¡Hasta aquí hemos llegao! ¿Quéeee, hago yo, pa quitarle a esta niña la teta...? Me entro el ataque... ese que me entra a mí..., cogí, me enchufe, la pistola de silicona, me echas silicona en la*

*teta... ¡me queme...! Me cogí un trozo de teta pegué a la niña a la teta y le dije toma... ¿quieres teta? ¡“no, caca”! Se bajó del sofá... y hasta ese día. Eso sí, llore yo más que la niña... Llore yo más, pero estaba tan desespera con la teta de la porra, con perdón”. (Samara página 20).*

Samara, describe haber tenido malas experiencias con sus dos anteriores lactancias. Con su tercera hija, presentaba una expectativa más idealista que realista. Continuar con el rol de mujer que se ocupa de la casa, atiende a sus dos hijas mayores y amamanta, son circunstancias que no solo han generado angustia y ansiedad a Samara, sino también al resto de las madres entrevistadas. Mantener las tareas del hogar, el tener que trabajar fuera de casa, el cuidado de hijos mayores, como veremos más adelante, ha afectado a la decisión y continuación de la lactancia (172), especialmente en un sistema patriarcal que exime al hombre de las tareas domésticas y le concede una serie de privilegios respecto de la mujer (281) La lactancia debería ser reconocida como un derecho de la madre y del hijo y no como un deber de la mujer hasta cierto punto ingrato, cuando supone un gran esfuerzo para lograr combinar con éxito la lactancia sin dejar de realizar el resto de tareas que le son por su género establecidas a la mujer.

*“Hay momentos que vas agobia y no llegas a todo, porque...Si cada uno fuera responsable de sus cosas, tú no tienes que abarcar todo. Pero como tú..., tienes que abarcar todo.... ¿Qué pasa?, que no llegas, y vas así, (señalando que va sacando la lengua) y vas todo el día frustra...Porque es todo el día, casa... compra..., limpieza..., mercado..., los niños..., la teta, el cole.... Y llega un momento que, ¿pero que soy yo, la chacha de casa, la criada, oh qué...?” (Saray página 15).*

*“Yo me siento criada, me siento criada..., porque mi cuerpo no para. Desde que toco las piernas en el suelo. Y muchas veces digo..., otro día a pasao., y no me he podido lavar el pelo, ¿De verdad?... tengo el pelo sucio... ¡Mi labor cual es!!, con esta niña engancha todo el día a la teta. Tengo viernes, sábado y domingo, lunes, martes y miércoles, siempre igual...” (Jana página 15).*

Se ha identificado que la falta de experiencia y conocimiento sobre LM antes del nacimiento contribuye a destetar de forma temprana (235) (212). En estos casos la asistencia a grupos de apoyo a la lactancia, supone el tener relación con otras madres lactantes, algunas amamantan a niños y niñas mayores, el compartir estas y otras vivencias, resulta ser una estrategia útil para ayudar a que las madres se sientan fortalecidas en su decisión de amamantar (282), e incluso cuando cree que ha llegado la hora de destetar, puede resultar útil el contar con ayuda práctica de otras madres, para que este no se realice de forma brusca, ni con engaños, ya que un destete repentino puede acarrear problemas tanto para la madre como para el bebé (79) (212) (120).

*“¡Porque está envicia!, como esos que están todo el día engancha a la teta, ¡pues así! Lo pase muy mal, pero la verdad, que es lo mejor que he decidio. ¡Quitarle el pecho por el amor de Dios!, to el día engancha a mi cuerpo que no descansaba ni por la noche. ¡No quiero oír nada de la teta!” (Samara página 20).*

Durante la fase del destete es primordial anticiparse a esos momentos y circunstancias en los que la lactante demanda amamantar, ofreciéndole alternativas atractivas a las que dirija su atención (283). Quebrar de forma violenta e inesperada la lactancia, supone truncar de forma abrupta ese vínculo que se produce durante el amamantamiento. Se debe tener en cuenta que el bebé no comprende porque se le niega bruscamente de la leche y del contacto con su madre, ambos vitales para su salud tanto física como afectiva y emocional. Lo recomendable es que este proceso de destete se vaya reconduciendo gradualmente, para que sea lo menos traumático posible para ambos (212) (120).

Al mismo tiempo, esta sensación desagradable que relata Samara, podría confundirse fácilmente con la llamada “agitación por amamantamiento”, (284), término que describe sensaciones que afloran en la madre cuando el lactante mama. Por lo general, suele darse cuando la lactancia se mantiene a lo largo de la gestación, durante la lactancia en tándem o como en el caso de Samara en lactancias de niños mayores, también relacionado con épocas de estrés, agotamiento, y en madres que están sobrepasadas y que no cuentan con ayuda ni soporte familiar. Samara relata, estar desbordada. Pero, en ningún momento, esta mujer rehúsa amamantar por sentir malestar durante el amamantamiento, sino más bien se trata de cansancio y agotamiento debido a la alta demanda de su hija y no contar con apoyo. Por ello, consideramos que no se trata en este caso de una “agitación por amamantamiento”, sino más bien de una falta de ayuda por parte del entorno, y desconocimiento sobre aspectos relacionados con la lactancia.

*“Hasta que ya mayor, entendió que la teta era caca y ya se la pude quitar. Pero yo..., la lactancia ha sido como al revés de lo bonito... como yo me quedé con las ganas de que las niñas mayores comieran teta, cuando de mayor se la quise quitar a esta y no pude, ¡me vi ata...!” (Samara página 21).*

A pesar de que socialmente la lactancia es bien valorada (147), y de disponer de más información con base científica, la sociedad actual no ha cambiado tanto y sigue no viendo bien que un niño mame muchos años. A medida que el bebé va siendo más mayor, y puede comer otros alimentos, se empieza a polemizar sobre esta práctica, con creencias sin fundamento sobre el daño que hace la lactancia a partir de cierta edad. No siendo extraño, que algunas madres como Samara o Luisa, consideren que, por encima del año de edad no es lógico que un niño siga tomando pecho. En este escenario la edad del lactante es un hecho que mencionan más madres a lo largo de la entrevista. Aun cuando, lo correcto sería considerar que una lactancia es prolongada cuando el niño o niña tiene más de dos años, ya que los dos años es la edad que la OMS y otros organismos en términos de salud recomiendan (20).

Ante una conducta que se considera poco habitual, la presión para destetar que viven las madres es enorme, la gente empieza a cuestionar a las madres que amamantan a un niño o niña mayor. Estas se enfrentan a mensajes negativos y desafortunados con el objetivo de instigarlas a destetar, no solo de las personas de su entorno, sino también por parte de algunas/os profesionales sanitarios, de los

que contrariamente se espera que fomenten la prevención y promoción de la salud, y es la leche materna un alimento muy beneficioso para la salud que debería promocionarse, tenga el niño o la niña la edad que tenga (20), porque no hay establecida una edad a partir de la cual se considera que la leche materna o el acto de amamantar aporte algo negativo. Así el comentario que hace Isabel sobre la recomendación de su médico es inadmisibles cuando se espera que desde el sistema sanitario sus profesionales fomenten y protejan la lactancia materna.

*“Al mayor se la tuve que quitar a los 10 meses porque tengo la tensión muy baja... y estaba todo el día mareada. Fui al médico, y me dijo: “tienes que beber cosas fuertes..., coca cola y todo”. ¡Pero si le doy la teta al niño!, a lo que el médico me dijo, “pero córtaselas, porque, es malo, todo lo que tú bebes de cafeína, el niño se lo está bebiendo en la teta, y te va salir más nervioso”. Se la corte y na..., porque también comía de too”. (Isabel página 22).*

Las situaciones medicas que contraindiquen la lactancia son muy pocas, y estas deberían ser bien conocidas por aquellos/aquellas profesionales que atienden a la madre lactante. Las recomendaciones y la información ofrecida por profesionales sanitarios no pueden estar basadas en creencias y mitos populares, sino respaldadas por la ciencia. El caso de Isabel es un ejemplo de una suspensión innecesaria, que no debería de proceder del sector sanitario. De este se espera ayuda y apoyo para superar dificultades (206), se confía obtener recomendaciones acordes al conocimiento científico. Nada que ver con las que relata esta madre, cuya recomendación de destetar, no está avalada científicamente (79) (285). A la vez, mencionar que en aquellos casos que el destete este medicamente justificado, es necesario ofrecer ayuda y apoyo a la madre para que este pueda ser llevado a cabo de la forma menos traumática posible (120).

Durante el relato de estas madres, podemos extraer una falta de apoyo sanitario en cuanto al proceso del destete. Continuar amamantando o no, es una decisión, que solo pueden tomar sus protagonistas, y un proceso por el que tarde o temprano van a pasar todas las madres y sus criaturas, por lo tanto, las/los profesionales de la salud, no solo debemos de respetarlo, sino que, tenemos la responsabilidad de asesorar, apoyar y ayudar en su determinación, para hacer que resulte más fácil para la madre (3) (120).

### 8.2.3 Experiencia y valoración de la LM.

El hecho de amamantar, está lleno de matices tanto positivos como negativos, situaciones que se van entrelazando en el día a día de la madre que amamanta, y dependiendo de las circunstancias el peso puede desequilibrarse, y generar sentimientos contradictorios, especialmente cuando las expectativas no coinciden con la experiencia que la madre vive.

Sabemos que el amamantamiento ha estado muy arraigado a la cultura gitana (17) (34) (35) (243) (244), la imagen de que las mujeres gitanas, amamantaban mucho más y durante más tiempo que las

no gitanas, ha estado muy extendida entre la cultura popular. Tal era así, que mientras el resto de la población mayoritariamente alimentaba con leche de fórmula, la alimentación al pecho se llegó a considerar muy propia de la cultura gitana. Sin embargo, con el paso de los años se ha ido apreciando un cambio en el patrón de alimentación entre las mujeres jóvenes de etnia gitana (17) (34) (36) (243) (244).

En este apartado, también, se identificó cierta controversia en las madres, una especie de dicotomía entre responsabilidad y deber asociada a la práctica de la lactancia materna. La dependencia y supeditación del lactante a esta forma de alimentación, ha sido el principal motivo por lo que se han sentido agobiadas, y así lo han manifestado en las narraciones. Dos madres fueron las que especialmente se sintieron más desbordadas, sobrecargadas y agotadas por el hecho de haber optado por amamantar, y no disponer de apoyo logístico por parte de otros miembros de la familia, con quien compartir o delegar las tareas cotidianas como la limpieza, la compra, cocinar, cuidar de los otros hijos, etc..., supuso para estas mujeres mucho estrés y ninguna valoración a su esfuerzo, resultado una experiencia difícil y dura (235). (172). Estos cambios en su cotidianidad, en sus necesidades de sueño y descanso, ya mencionados por otros autores (172) (277) (235), son fundamentales para comprender el impacto que la LM puede tener en el bienestar y salud emocional de estas madres, e influir en que la lactancia fuese vivida por algunas de ellas como una práctica que ha sobrecargado sus vidas, y ha tenido una trascendental consecuencia emocional.

*“No alcanzaba y me veía ata, ¡dándole a la niña teta...! ¿Qué gusto darle a la niña teta? ... con los adelantos que hay hoy en día... No tiene sentido”. (Samara página: 23).*

Tal como fue mencionado por las entrevistadas, había una falta de apoyo y de corresponsabilidad parenteral en las tareas cotidianas del hogar y en la crianza. Un reparto de los tiempos que no es equitativo al que ellas asumen. En la primera parte de esta idea, analizamos, que algunas de las madres describen un orden muy diferenciado de valores y prioridades respecto a las que tiene el padre, que dispone de más tiempo para poder realizar determinadas actividades, lo cual genera una gran desigualdad en dedicación a la crianza entre ambos progenitores. Las madres están más dedicadas al tema de organizar la casa, y al cuidado de los hijos e hijas, mientras que el hombre dispone de más libertad para el disfrute del ocio.

*“Pero es que mi marido quería un chico..., el chico..., ¡el chico...!, el rabiando por el chico. Yo he tenido el chico... y al chico no le hace caso para nada. A las niñas las duchaba... las duchaba, las peinaba. Y por las mañanas, a lo mejor se las bajaba al parque a pasear, si tenía que ir a un sitio, las subía en su sillita y se las llevaba. Y ahora al nene... el nene apegao a mi como una lapa” (Geno página 13).*

A la vez, según relata Geno, la participación del varón en la crianza depende de la apetencia y deseo que tenga en ese momento y no de que proporcione ayuda.

*“A mí me da mucha rabia que ellos hacen así ay... y se van, ¡ay ropita y ya está! (Se refiere a que se arreglan ellos y ya está). “Si me quiero ir al culto..., si me quiero ir a tomar café con mis amigos..., si me quiero ir a donde mi madre...,” ellos van solos, no llevan “colita” (se refiere a los hijos). Tú donde vayas llevas la “colita” detrás. Y dices tú... ¿pero porque...? Eso a mí... me disgusta mucho” (Geno página 13).*

*“Si me voy... a “Primark” (se refiere a la tienda de ropa Primark), me llama y tengo que venir corriendo porque la niña está llorando, que quiere teta” (Samara página: 13) “Llega mi marido... Y me dice: “no has hecho nada”. Y yo digo, ¡perdonaaaa...! ¿Qué no he hecho nada...? si llevo todo el día recogiendo los juguetes de tu hija. (Manuela página 17).*

*“Yo digo que..., cuatro personas tirando y una recogiendo, no se puede..., yo no abarco too. Ahora llego a la casa y ponte hacer la comida cuando llegue... ¡echarme una mano cojones! (le dice al marido) ... es que no puedo con too. Y el otro (el marido): “venga va, que siempre estas chillado”. ¡Anda hombre va...! ¡Que estoy muy harta de too...Yo no tengo tiempo para mí..., ¡no tengo tiempo!, ¡no tengo tiempo! Toda la noche engancha a la teta, porque no come ni bebe su cuerpo con el pellejo de la teta. Un desespero..., Y muchas veces digo..., otro día a pasao., y no me he podido lavar el pelo, ¿De verdad?... tengo el pelo sucio... ¡Mi labor cual es!., tengo viernes, sábado y domingo, lunes, martes y miércoles. Llevo así sin lavarme el pelo..., ni se sabe, ¡porque no tengo tiempo pa poder lavármelo!, Y mi hija esta..., me está costando muchísimo sacarla adelante. ¡Es muy mala...!, y luego no tengo a nadie que me diga; “toma, que me quedo a la niña”. Yo verdad... que a veces me siento en el sofá y lloro”. (Samara página 17).*

*“Mi marido no hace na, yo no le dejo hacer na. Y mis hijos tampoco hacen na, no le dejo, y tampoco les gusta, ¡eh!, dice que él eso de limpiar no..., que él trabaja. La verdad es que mi marido trabaja y yo en casa no le dejo hacer na, yo estoy en casa y él trabaja. Todo el dinero me lo da. Él si se gana 800 al mes, pues 800 van pa mi casa. Pero pa hacer en la casa, ves no. Pa la casa ni sabe cocinar ni cocina. Eso si ves, me voy algún lao a lo mejor y le digo, quédate con los niños”. (Isabel página 12).*

*“Como mi hijo es tan pequeño a mí me da miedo... si es muy pequeño..., y digo...; no deja, que ya lo hago yo..., porque no sabe ni cogerlo” (Luisa página 14).*

Se aprecia una idea interesante, porque, posiblemente existe un obstáculo de raíz cultural, al que la mujer gitana debe de enfrentarse para involucrar a la pareja en tareas del hogar. Ello implica que la mujer en primer lugar analice y pacte consigo misma el renunciar al cumplimiento del rol al que ha sido educada, y asuma un pacto igualitario. En tal sentido, Isabel y su pareja, mantienen una relación que ella interpreta como justa, ocupándose ella de la casa y de los hijos, mientras su marido es el responsable de mantener la familia. Por lo contrario, Luisa, no consiente que el padre participe de manera activa en el cuidado del recién nacido, siendo ella la que prefiere ocuparse de esta tarea

sin ceder responsabilidad al padre. Y en el otro extremo Samara, que no cuenta ni demanda, ayuda ni apoyo.

De todos modos, se ha observado que las propias mujeres, aunque demanden mayor colaboración e implicación por parte del padre, suelen ser ellas, las que adoptan cierta actitud machista, consideran que el rol del hombre es el del aporte económico a la familia, excluyéndolo de las tareas del hogar y de la crianza, territorio que la mujer considera como propio, argumentando que el hombre no sabe moverse bien en él.

*“Una de las cosas que a mí me ha pasao es el agobio, ¿es el agobio!, porque no es lo mismo a lo mejor la primera, que dar a la tercera, ¡vale! Cuando es el primer bebé no tienes na que hacer más que él, pero cuando ya tienes hijos mayores tienes otras cargas, Ya no tienes excusa para estar dando el pecho. Me entiendes. Yo me he visto a lo mejor haciendo la comida pa la otra chiquilla y con la niña en brazos a la teta. Preparar el almuerzo para las otras chiquillas y con la niña en la teta, ¡me entiendes...! Yo me he sentido muy agobia por eso, ¡muy agobia por eso!” (Samara página 17).*

De la misma manera, el discurso en relación con la lactancia es muy heterogéneo, por un lado tienen claro que la leche materna es la mejor forma de alimentar al RN, pero, al igual que mencionan otros autores, las mujeres gitanas han especificado muy pocos beneficios para la salud de la LM (17), por otra parte, la leche materna, es sentida como una forma de alimentar que no se adapta al sistema de vida actual, que exige tener que dejar en segundo plano otras actividades de la vida diaria, una dualidad que genera un conflicto emocional entre amamantar y mantener una serie de actividades que tiene la responsabilidad de seguir haciendo, generándose con ello un conflicto por tener que postergarlas por la demanda de tiempo y energía que representa la lactancia. Una lucha que podría ser subsanada si dispusieran de apoyo familiar, que aligerara la carga física y emocional y les permitiera continuar con el amamantamiento.

*“Tengo amigas que les han dao biberón... porque dicen que los maridos no les ayudan, por lo menos las que conozco yo, la mayoría... dicen que “la teta me la como yo, es cosa mía..., y con el biberón se levanta el marido” (Isabel página 26).*

Interesante este comentario que hace Isabel, ya que, resulta chocante que esta dualidad, se de en el marco de la etnia gitana, una sociedad tan patriarcal, con marcadas diferencias de roles entre ambos sexos y que ven en la alimentación con leche de fórmula una forma equitativa en la crianza. Otros estudios mencionan, que algunas madres aprovechan la oportunidad de corresponsabilidad que ofrece la leche de fórmula para que el padre comparta la tarea de alimentar al bebé y dispongan ambos de iguales tiempos y oportunidades para descansar (13) (235) (17).

Las madres se han visto presionadas tanto para amamantar como es el caso de Isabel, como para no hacerlo como Luisa, que decidió no amamantar, por recomendación de su madre, *“mi madre me dijo que le diera biberón, que se criaban igual...”*. Estudios anteriores apuntan que durante décadas la leche artificial ha sido vista como una opción recomendable y equiparable a leche humana (13) (21) (235), un discurso que la industria de leches de fórmula se ha encargado de difundir, a pesar de que la ciencia ha demostrado no sólo que no es tan beneficiosa, sino que entraña unos riesgos importantes para la salud de los bebés (13) (91).

Resulta muy interesante la reflexión que hace Samara, sobre el posicionamiento que adoptaría frente a la lactancia en el hipotético caso de que volviera a ser madre, algo que parece ser habitual en aquellas mujeres que se han sentido agobiadas durante la etapa de lactancia (235). Recordemos que esta mujer ha amamantado a sus tres hijas y es la que ha tenido una lactancia materna más prolongada de todas las participantes y, sin embargo, se plantea no volver hacerlo, anteponiendo el poder disponer de más tiempo para ella.

*“Es mi experiencia, a lo mejor otra le va mejor, Pero es mi experiencia. Yo con mi experiencia propia, yo no volvería a amamantar. No sé más adelante” (Samara página 15).*

Las vivencias de estas mujeres, son fruto de un rol tradicional que otorga a la mujer gitana la responsabilidad del cuidado del hogar, y a la que, la maternidad añade la tarea de amamantar, una dificultad que algunas madres, solventan, convirtiendo al padre en un agente liberador de la tarea de alimentación (13) (277), ya descrita por otros autores como una forma de involucrar a los padres (13) (17),, situación que no puede confundirse con equidad en la crianza, y que requiere de que estas mujeres y sus familias tengan una mayor información de los pros y los contras de ambas opciones (277), y que con la sobrecarga física y emocional la madre no corra el riesgo de sentir que a lo mejor se eligió mal, y se rinda con ello a la influencia de la industria de los sucedáneos de leche materna abandonando esta práctica tan tradicionalmente arraigada entre la etnia gitana.

Así, pues cabría concluir, tras las aportaciones realizadas por las madres, que éstas se encuentran con una realidad sobre la lactancia que no era la que ellas habían imaginado y esperaban. Concretamente observamos, que no es tanto la LM la que incomoda el espacio de la mujer y la sobrecarga, sino las obligaciones que está añaden a su trabajo diario.

Para Samara amamantar no tiene nada que ver con lo que ella se imaginaba, algo fácil y natural. Mientras que Luisa, valora la alimentación con leche de fórmula tan adecuada como la materna y más liberadora para la mujer (13) (17) (277).

*“Toda la casa tira, y yo sentada con ella dándole teta. cuando de mayor se la quise quitar y no pude, ¡me vi ata...! Es ahora y no come biberones. ¿Sabes cómo come leche? con una jeringuilla de 20 centímetros come...Porque no coge el biberón, no quiere tetina. no quiere comer..., repudia*



*la comía..., que asco, me ha salido muy mala comeora. ¡Por eso digo que...! ¡que yo no quiero más teta!” (Samara página 20).*

La conversación de Samara, ofrece varias dimensiones de análisis, en primer lugar, la leche de fórmula es considerada por ella la mejor opción como alimento, sintiéndose angustiada por el hecho de que su hija desprecie tomarla, algo, por otra parte, muy normal en un bebé alimentado con leche materna. En segundo lugar, Samara tiene la apreciación de que es más natural que llegada cierta edad el bebé deje el pecho y tome leche de fórmula. La extendida cultura del biberón ha hecho que este grupo étnico “desnaturalice” un acto tan natural y que tan arraigado ha estado a su cultura (17) (35). En tercer lugar, Samara se rinde a los deseos de su hija de no tomar otros alimentos que no sea leche materna. Y, finalmente, desconoce que a partir del año de edad la leche materna sigue siendo el alimento principal en la dieta de la criatura. Además, Samara, interpreta el rechazo de la leche de fórmula como que la niña es poco comedora y tiene adicción por la teta. Sin sospedar, que cuando la niña tiene hambre, le es más fácil reclamar el alimento que conoce y le gusta, y que es ella como madre, la que debe designar, qué, dónde y cómo debe de comer su hija (273). Respecto a ello, es importante conocer que los hábitos de alimentación de los padres influirán en los de los hijos, por ello, es esencial que este, coma acompañado y que vea probar el alimento a los padres para mejorar su aceptación. En base a lo mencionado, considerar que ni el alimento, ni el modo de administrarlo ni el lugar, han sido adecuados, además que presionar para que el niño o la niña coma no propicia su aceptación.

*“Yo le he dado hasta el año al mayor, yo lo he pasado ¡muy mal, mal...! porque yo tenía mucha leche, el niño casi no comía teta, solo quería comer comida, y no podía del dolor con las tetas hinchadas y duras, me salían y luego me daba mastitis”. (Isabel página 22).*

Desde otra perspectiva, El relato de Isabel con otra experiencia poco positiva respecto a la LM. En este caso se trata de una madre con excesiva producción de leche, y que, en consecuencia, se ve obligada a amamantar más veces de lo que demanda su hijo, Un caso de suministro de leche excesivo que debería haber sido valorado por un profesional para ayudar de forma adecuada a esta madre.

Los casos en los que se produce una superproducción de leche suelen deberse a que el lactante se siente saciado antes vaciar completamente el pecho, negándose a seguir comiendo, y en consecuencia la madre se siente incómoda al experimentar una sensación de congestión y tensión en unas mamas constantemente llenas (286). Las causas pueden ser diversas, y deben ser evaluadas por profesionales capacitados que puedan dar con la solución adecuada. En esta línea añadir, que no es apropiado el empleo de pezoneras, pues estas, pueden interferir en una adecuada técnica de enganche y succión al pecho y ser la causa de un mal vaciado de la glándula mamaria (79) y por ende, ser la consecuencia de las temidas mastitis que esta madre experimento de forma recurrente.

Puede que esta percepción que tienen estas madres esté motivada por el desconocimiento de que amamantar es un proceso de aprendizaje que requiere de tiempo y dedicación (235). Es por ello que las/los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en ofrecer a estas mujeres además de apoyo práctico apoyo emocional, ayudándolas a desarrollar estrategias y recursos que les permitan afrontar esta vivencia nueva para ellas. La desorganización en sus vidas, el cambio de rol de mujer casada a madre, el no poder mantener el estilo ni el ritmo de vida anterior, son aspectos que han sido comentados por estas madres y hacen que algunas de ellas, como Luisa, se decanten por alimentar al bebé con leche de fórmula, viendo en esta forma de alimentación una solución para hacer frente a estas situaciones.

*“Yo no le he dao teta..., pero yo no le he dado teta por lo que acaba de decir ella (Samara). Porque cuando son pequeños, me dan ganas de decir que si..., que me hubiera gustao. Porque cuando nació el me buscaba..., pero luego lo que dice ella (Samara)... Los veo así tan grandes, que se enganchan como si fueran chupete, ahí con la teta pa-riba, la teta pa-bajo, Yo trabajo..., yo tengo que ir a trabajar. Entonces yo digo... ahora voy a tener que estar luego con el “sacatetas” ese... y dije... ¡No..., le doy el biberón y ya está! Que me da penita, porque era muy chiquitín y me chupaba por aquí cuando nació..., pero, digo no..., que luego grande está allí enganchao, y sácate la teta ahí como un perro, digo, ¡no!” (Luisa página 22).*

Pese a que la evidencia científica avala que la leche materna sigue siendo el mejor de los alimentos tenga la edad que tenga el lactante, sigue existiendo un importante rechazo social en cuanto a la lactancia materna en niños mayores tal como señalan otros autores (282), en los relatos de estas mujeres comprobamos que también perciben como insólito que un niño mayor, es decir, que ya come otros alimentos continúe tomando pecho, viendo más natural que llegada cierta edad, el bebé deje el pecho y tome leche de fórmula. El auge de la cultura del biberón ha hecho que este grupo étnico “desnaturalice” un acto tan natural y que tan arraigado ha estado en su cultura (17) (35).

*“¡Que me moría! La niña con 8-9 meses, quería darle un biberón, y no podía, venga a llorar a llorar... Le metía un biberón... y no lo quiería, vomitaba..., lloraba..., Me vi muy agobia... Hasta que ya mayor, entendió que la teta era caca y ya se la pude quitar. Pero yo..., la lactancia ha sido como al revés de lo bonito... como yo me quedé con las ganas de que las otras niñas comieran teta, cuando de mayor a esta última se la quise quitar y no pude, ¡me vi ata...!” (Samara página 21).*

*“Mi hermana tenía que estar con la teta, era como una inercia ya no tenían hambre ni na, era como un chupete... Como una manía allí chupando... Y una niña tan grande, allí en la teta agarra. Yo para eso no... ¡le doy el biberón y ya está!” (Luisa página 23).*

También de las palabras de Samara y Luisa, se extrae que la lactancia se vincula con una dependencia del niño hacia el acto de mamar. En este sentido ambas no asocian ni valoran la acción de dependencia del bebé de su madre como un factor favorecedor del “apego”, que genera un mayor

y mejor vínculo entre ambos (125). La influencia del entorno, junto la incorporación al mundo laboral, que Luisa describió como una barrera negativa para la lactancia, también descrito por otros autores (3) (17), son ideas socialmente arraigadas que dificultan el inicio de la LM.

Situaciones análogas a lo que relata Samara, son descritas, a su vez, por algunos autores (179), puntualizando que es probable que una madre estresada responda de forma inadecuada al llanto o exigencias del niño o niña, ofreciéndole comida, en lugar de ofrecerle otro tipo de atención como por ejemplo jugar, porque posiblemente no reclame alimento sino atención.

*“Pues yo resultó que era la una del mediodía, y tenía la teta saca, “aquí, aquí...decía la niña” y me quería en el sofá, ¡todo el día enganchada a la teta!, de pellejo... ella viendo los dibujos y mamando, y de aquí ya no salía nada..., porque está toda la noche engancha”.* (Samara página 20).

No obstante, también, la lactancia albergo sentimientos positivos, como es el caso de Geno y Manuela que, a pesar de que sus primeras lactancias fueron muy cortas, en esta última crianza amamantaron durante 12 y 8 meses respectivamente. Estas madres han verbalizado de forma explícita que amamantar fue algo especial para ellas, y que les hubiera gustado continuar durante más tiempo.

*“Hay, pues yo lo he disfrutao mucho...ojalá hubiera podido darle más tiempo”* (Geno página 20).

*“Amamante ocho meses, y la verdad es que era feliz, la experiencia muy bien”.* (Manuela página 20).

Tanto Geno como Manuela destacan que es mejor la leche de la madre, una apreciación que fue aceptada por la mayoría de las madres. Incluso Manuela señala los beneficios que tiene para la salud del lactante, apreciación que no fue valorada por igual, como justifica Isabel, que a pesar de haber amamantado de forma exclusiva durante los primeros 6 meses, su hijo también se enferma.

*“Es mejor la leche... de mujer”* (Manuela página 24).

*“Es mejor la leche del pecho...hasta los 6 meses solo teta, y se me han criado muy bien ... y con un mes me pesaba seis o siete kilos. A mí se me han criado pelotas de gordos”* (Isabel página 24).

*“Ojalá a la mayor le hubiera dado más tiempo porque cada dos por tres se pone mala, tiene un montón de alergias...”* (Manuela página 24).

*“También depende porque mi pequeño se constipa más y también come teta”* (Isabel página 24).

Tal como apoya el resultado de un estudio realizado en Reino Unido (22) que entrevistó a más de mil madres para valorar su opinión respecto a la información recibida en lactancia, estos autores

concluyeron que los programas de promoción y educación en LM debían de extender de forma diferente el mensaje de que la lactancia materna es lo “mejor”, ya que, basándonos sólo en ello, se corre el riesgo de que se valore la lactancia como un pasaporte de salud, que hace que las madres se puedan sentir decepcionadas cuando esta expectativa no se cumple.

También Geno asocio el acto de amamantar con el vínculo afectivo que se crea entre madre e hijo

*“Yo también creo que es de la forma que tú te lo tomes el dar el pecho. Porque yo como mi niño lo disfrute, esa fue la experiencia más bonita de mi vida, el tenerlo en brazos...esa relación que se crea” (Geno página 24).*

De los siguientes comentarios se desprende que las madres entrevistadas, aun sin entrar a valorar de forma explícita las cualidades de la leche materna, si mencionaron que es mejor para el lactante., incluso Samara que se había sentido muy agobiada con su experiencia con la lactancia, manifiesta ante los comentarios positivos del resto, sentimientos contrarios a los que había manifestado hasta ahora.

*“A mí me da mucha pena por ella, haber destetado...” (Samara página 24).*

Señalar también que las mujeres manifestaron cambios físicos consecuencia de la lactancia, concretamente en cuanto a la recuperación del peso, que expresaron así:

*“Y luego otra cosa me puse como la “vaca Kiri”, ¡tanto que la teta, que la teta te adelgaza!, me pese en el peso y pesaba 69,400 ¡que aún me acuerdo de ese momento!” (Samara: página 24).*

*“Si engorda, ¡sí que engorda!. a mí los 3 embarazos me han engordao dar la teta, y al año de quitársela me he vuelto el peso... a mí a aparte de darme hambre, me daba por el dulce, dicen que la teta te da por el chocolate. Encima de eso, ¡que a mí ya me gusta...! con la teta me da por el chocolate” (Isabel página 25).*

Se observó que dan importancia al incremento de peso durante la lactancia, un impacto en su figura que atribuyen al hecho de amamantar. El mito de que la “lactancia engorda”, está muy extendido entre la población (278), y esto no solo es falso, sino que la lactancia es uno de los mejores métodos para adelgazar (236), una pérdida de peso que será mucho más efectiva cuanto más tiempo se prolongue el amamantamiento, como señalan investigaciones, que concluyen que la mayor pérdida de peso se produce entre los cuatro y dieciocho meses de lactancia (287). Esta falta de información dificulta la práctica de la LM y aparece referido por las mujeres entrevistadas, tal como en otras madres que amamantan, por lo que cabe pensar que, el deterioro de la imagen tiene mayor presencia en las decisiones de las madres de lo que aparece de forma explícita.

Otra de las extendidas creencias, que ha sido manifestada por estas madres, es la influencia de la alimentación de la madre en la producción láctea. En esta línea, todas estas madres, consideraban que no alimentarse adecuadamente afecta a la producción de leche. Obviamente esto es falso (79) ya que, la glándula mamaria tiene cierta autonomía metabólica, para garantizar la producción láctea independientemente del estado de nutrición de la madre, hay que estar verdaderamente en un estado grave de desnutrición para que la mujer no produzca leche en cantidad y calidad adecuada . Incluso en estados graves de desnutrición la madre produce leche apropiada a expensas de sus reservas. La dieta de la madre solo afecta a algunos macronutrientes como los ácidos grasos, pero no está relacionada con la cantidad ni calidad de la leche (288) Por lo tanto, es importante disponer de este tipo de información, para que no sea la causa del cese de la lactancia.

*“Yo le di tres meses, porque ya no me salía, me salía agua chirli... y ya no...” (Manuela página 24).*

*“Unos 8 meses tenía, pero por eso que me quede sin leche” (Nora página 19).*

*“Yo la verdad es que también comía peor y eso también influye” (Manuela página 24).*

*“Eso influye muchísimo porque a mí me ha pasao... es según la alimentación que tengas, ¿verdad? Influye mucho. ¿Verdad? Yo con la Rosa estaba muy mal alimentada... Comía poco la verdad, con la Carmen mejor, pero con la Rosa no.” (Nora página 24).*

*“Y la leche de una a la otra tampoco es igual, tampoco alimenta igual” (Nora página 24).*

Destacar que, durante el relato se percibe que aun habiendo decidido amamantar, esta no es una tarea preferente para estas mujeres. La maternidad las sitia en una condición conflictiva, en donde el rol de esposa y mujer que se ocupa del hogar se ve transformada por el rol de madre que amamanta, y es precisamente la obligación de estar a la altura en el cumplimiento de los diversos roles, lo que provoca en gran parte de estas madres, una situación de incertidumbre y ansiedad que condiciona la práctica de la LM, especialmente en aquellas que no disponen de apoyo.

Según los comentarios de estas mujeres, el padre no solo se excluye de las tareas propias de la maternidad, dejándolas solas en esta labor, sino que se posiciona en un papel de supervisión en que desconoce el alcance y las exigencias propias de la práctica de amamantar. La postura de no corresponsabilidad en las tareas de la crianza y el cuidado del hogar, adoptadas por el padre de etnia gitana, derivan de los constructos sociales que esta cultura establece al rol masculino y femenino, en donde el hombre ha recibido una educación machista y la mujer ha sido educada en unos patrones que la encasillan en un rol doméstico, y el ceder tiempo a la lactancia, es lo que mayormente les ha angustiado y agobiado a estas madres, ya que, amamantar supone para ellas una sobrecarga de trabajo, para lo que no cuentan con apoyo familiar que las libere del resto de tareas. Amamantar, comporta que el padre no participe de la alimentación, un hecho mencionado en estudios anteriores

(13) (235), y que supone, el que algunas mujeres se cuestionen no amamantar o abandonen de forma temprana.

La corresponsabilidad doméstica, con un reparto equitativo de los tiempos, sería el contrapunto necesario para conseguir la igualdad completa en el aspecto de la crianza, ya que, abogar por una modalidad equitativa de corresponsabilidad entre ambos progenitores, no cabe en la alimentación cuando se elige lactar. El no amamantar, para que el padre contribuya en la crianza de forma equitativa, no termina con la tradicional división sexista de las funciones de la mujer gitana. El padre puede realizar otras actividades (235) (277) (289) como cambiar los pañales, bañar al bebé, cuidarlo mientras la madre se alimenta o se asea, y muchas más como hacer la comida, cuidar de los hijos mayores, un sinnúmero de tareas que pueden ser compartidas mientras la madre amamanta, sin que se tenga que recurrir a la leche de fórmula para que el padre resulte involucrado en la crianza, en la que podrá participar con más asiduidad a partir de los seis meses cuando el lactante empiece a comer otros alimentos, y mientras ese momento llega, puede contribuir al bienestar y crecimiento del lactante, facilitando un ambiente emocional adecuado a la madre (172) (289).

A la hora de valorar este apartado, de nuevo volvemos a la falta de información y conocimientos sobre todos estos aspectos relacionados con lactancia, que otros autores también han relacionado con un abandono precoz de la misma (235) (236), mientras que una buena información pre y postnatal, refleja un aumento en su duración (21) (172) (176) (235) (236). Estas madres refirieron una falta de apoyo práctico por parte de la familia que contribuyó a no facilitarles el amamantamiento. La práctica de amamantar requiere, sin duda, de tiempo de dedicación de la madre a la criatura, esto contribuye a que el vínculo entre ambos sea mucho mayor comparado con el del padre. No obstante, el papel del padre al igual que en el embarazo y parto, también es muy importante durante la lactancia. Establecer y mantener la lactancia es un reto conjunto, si el padre comparte la decisión de la madre de amamantar, se convierte en pieza fundamental en el éxito de la misma (172) (277) (289) (290), por tanto, a la hora de promocionar y asesorar sobre lactancia es necesario conocer la estructura familiar y el apoyo que la madre recibe del entorno familiar. La familia es el medio relacional que transmite creencias, hábitos, actitudes y conductas, por lo, los programas sobre LM deben integrar e involucrar a la familia y pareja como parte esencial del cuidado del amamantamiento, esto es una forma estratégica de concienciar de la importancia que la lactancia tiene y promover, con ello a que, el padre apoye y ayude a la madre lactante. En definitiva, una forma de buscar aliados que valoren la lactancia como un incentivo que contribuye a un correcto desarrollo físico y psíquico de la descendencia (93), fortaleciendo el vínculo entre el triunvirato (madre, padre, hijo o hija) que traería consecuencias positivas en términos de igualdad para la pareja y para la propia criatura que contará con ambas figuras de apego (277).

Al final como conclusión, lo que quizás estas mujeres reivindican es construir un proyecto de crianza igualitario, una deducción que merece la pena ser analizada con más profundidad en posteriores estudios. Sobre este enfoque, cabe mencionar, el estudio realizado por Reid et.al (117),

cuyo objetivo fue conocer las ideas y opiniones del contexto de la madre sobre la forma de alimentación infantil. Estos investigadores encuentran que el hablar directamente en el periodo prenatal sobre lo que las madres desean y necesitan y hacer partícipe de ello al entorno familiar de la madre genera que este adquiera cierto compromiso. Realizar este tipo de actividad ayudó a las madres a identificar potenciales conflictos y desarrollar estrategias para solucionarlos y alcanzar dilucidar que podían esperar del entorno familiar antes del nacimiento del bebé, sintiéndose durante la lactancia mucho más seguras a manifestar sus sentimientos y emociones y demandar ayuda y comprensión del entorno, creándose con ello una situación propicia para la lactancia. Por lo tanto, los resultados de este estudio dejan de manifiesto la importancia que tiene que la mujer deje claro sus sentimientos y necesidades antes del nacimiento del bebé, algo que podría ser considerado para enfocar las actividades prenatales (21) (236) especialmente en la población de etnia gitana, con el objetivo de mejorar el apoyo de la familia que estas madres demandan, sin que con ello se tenga que renunciar a contemplar las particularidades culturales de su etnia.

No obstante, las madres durante su discurso no mencionaron influencia alguna del padre respecto a la decisión de alimentar al RN, ni el apoyo práctico ni emocional recibido por parte de este, solamente manifestaban estar agobiadas, casadas y estresadas. En este aspecto comentar que no se advierte que estas madres consideren que el padre tenga rol alguno en la tarea de amamantar. De la experiencia de estos relatos, extraemos la necesidad de ayudar al padre a reconocer sus contribuciones en la lactancia como miembros de un mismo equipo, ya que el rol del padre en la lactancia es un apoyo fundamental para la madre (117) (290). Se sugiere realizar estudios similares para investigar más afondo la influencia y participación del padre, así como de otros miembros importantes en la red social de la mujer gitana que amamanta. A la vez, desde esta perspectiva, sería importante, promover actividades educativas para fomentar las responsabilidades compartidas. Por esto, es clave que el personal sanitario realice actividades educativas, no sólo destinadas a las madres, sino también a los padres o familiares para que tomen conciencia de las necesidades de las mujeres y de lo que pueden hacer para aliviarlas (277) (289).

Conocer el apoyo y ayuda recibida durante la lactancia y su participación en las actividades de educación maternal.

Con frecuencia, las mujeres necesitan de soporte para superar posibles dificultades que puedan surgir durante esta etapa (203) (204) (235). En su mayoría madres de este estudio recibieron ayuda practica y apoyo emocional para amamantar de su entorno, especialmente de sus madres, no obstante, estas mujeres no obtuvieron de sus madres ninguna ayuda para superar problemas y dificultades en relación con la lactancia. Siendo el dolor al amamantar, el principal problema al que se enfrentaron al inicio de la lactancia.

Los talleres de lactancia (79) (249) (291), adquieren a su vez un papel relevante, no solo como espacios donde se aprende la técnica de amamantar y se dispone de asesoramiento profesional, sino

que son auténticos grupos de terapia donde las mujeres pueden expresar con otras mujeres sus emociones y vivencias similares a las suyas, lo cual se convierte en una especie de grupo de autoayuda, un soporte emocional que contribuye a generar tranquilidad en la madre, mejorando sus habilidades y adaptándose a su nuevo rol de madre, sin perder el objetivo de contribuir a conseguir una lactancia materna efectiva prolongada. A la vez, respecto al ámbito familiar, sería recomendable fomentar la participación en estos grupos de los padres y de las abuelas, contribuyendo a que este rol de madre amamantadora, sea valorado por el entorno familiar. Así, el apoyo familiar es fundamental en la práctica de una LM exitosa, puesto que la colaboración del entorno alivia la carga física y emocional que la mujer-madre debe lidiar.

### 8.3 Ayuda ante dificultades durante el amamantamiento.

#### 8.3.1 El dolor durante la lactancia.

El abordaje del dolor en los pezones durante el amamantamiento, requiere que el profesional que atiende al binomio madre-lactante, los valore a ambos. Explorando las mamas y, la cavidad oral del bebé, así como de observar la postura, agarre y la existencia de transferencia de leche (64) (292), y ofrezca ayuda práctica en respuesta a las necesidades de la mujer y de lactante (203).

*“Yo tengo poco pezón y le tenía que dar con las pezoneras de silicona” “Yo es que cogía muchas mastitis, por aquí esta parte (señala el lateral de la mama) se me ponía muy dura, y me dolía mucho” (Isabel página 22).*

*“Di a luz sobre las dos, y a las ocho ya tenía ya grietas, por Dios que daño, que me duele mucho... Todo el rato así, hasta que ya me dieron la crema” (Nora página 28).*

*“Yo igual, me hizo una herida... el mediano... una herida con sangre y to, nada más recién nacido. y en el hospital también me dijeron lo de las pezoneras”. (Isabel página 28).*

*“A mí no, en el hospital estuvo mi madre, pero no, no me ayudo nadie, solo dijeron como tenía que hacer y eso, pero... fue mi madre la que me ayudo a colocarme al niño al pecho, aunque me dolía y recuerdo que después tuve dos mastitis, me puse muy mala” (Manuela página 29).*

*“Como todos, hija... (Manuela página 29).*

Es habitual durante los primeros días de la lactancia que la madre presente cierta incomodidad en los pezones incluso un leve dolor puede ser normal al principio de las tomas. Esto es debido a que es una práctica nueva para el pecho de la madre, unido a la presión negativa que se crea en los conductos que todavía no están repletos de leche, puede causar esta sensación. Sin embargo, no se considera normal si este malestar persiste con los días o se mantiene más allá del inicio de la toma



(79). Por lo que, si se producen grietas, lo adecuado es corregir la causa que las ha originado. Corregir la posición, facilita que el bebé agarre bien el pecho y su boca no apriete únicamente sobre el pezón, de esta forma el dolor desaparece y la grieta acaba curándose en unos días sin necesidad de usar ninguna pomada cuyo uso no sirve de nada si la posición sigue siendo incorrecta.

En la entrevista ninguna de las madres relaciono que el dolor y las grietas fuese consecuencia de un mal agarre y/o una inadecuada posición del bebé al pecho. Ante las dificultades, expresaron que les fue de gran ayuda el empleo de pezoneras, a pesar que la evidencia señala su escasa efectividad, como medida para mejorar el dolor y las grietas del pezón (64). Siendo lo conveniente en estos casos, como ya se ha mencionado, una adecuada valoración para facilitar la posición y el agarre del bebé al pecho, ya que una mala técnica de lactancia puede ser la causa más probable del problema (64) (292).

### 8.3.2 Apoyo y ayuda recibida ante las dificultades durante la lactancia.

El entorno familiar, tal como describen varios autores (17) (172) (176) (177) (178) (235), tiene una gran importancia como componente transmisor no solo de conocimientos sino también de ayuda práctica para superar dificultades que la madre puede presentar durante el amamantamiento. En los casos que describen estas madres, las abuelas, contribuyeron, con su cercanía emocional, a aumentar la seguridad de sus hijas, aunque ninguna proporciono apoyo práctico en lactancia. En este aspecto, la madre recibe apoyo basado en el amor, tal como explica en su estudio Moreno-Zabaleta y Granda-Echevarri, una relación continua y acorde desde el enfoque emocional entre cuidadora principal del bebé (madre) y quien “cuida a la que cuida” (abuela), posibilitando que la madre cuide del niño, ofreciendo la abuela confort a la madre (293). Sin embargo, aunque las madres valoraron la proximidad y el apoyo emocional de sus madres, en esos momentos de dolor durante la toma, no recibieron ayuda por parte de estas para subsanar el malestar físico consecuencia del amamantamiento. Posiblemente porque la capacidad de estas abuelas para ofrecer ayuda práctica ante la presencia de problemas, se fue perdiendo en el contexto de la época en la que ellas vivieron, en donde la LM estaba desestimulada, y las mujeres amamantaban siempre que no surgieran dificultades, porque ante estas, se recurría al empleo de las leches de fórmula, práctica que seguramente sea la causante de menoscabar la capacidad proporcionar ayuda cuando hoy las hijas la necesitan, contribuyendo a no poder hacer más que animarlas a continuar para conseguir lo que tal vez algunas de estas abuelas no lograron.

*“Y yo llorando. Mاما, que yo le quiero quitar la teta, que yo no quiero..., que me duele mucho... ¡nena que le des... que le des..., que le des...!”. Todo el rato así... Y luego, vino la enfermera y me dio la pezonera...y mi madre me decía, ¡“pero nena quítasela..., ¿Porque vas a ponerte esto, Pero quítala? si luego vas a estar limpiándola, venga no sé qué” ... pero a mí me dolía mucho y no me la quería quitar” (Nora página 28).*

*“Yo tengo un pezón muy pequeño y no se me engancha, pues yo, como no quería que mi hija se muriera de los dolores de barriga, pues..., entonces yo con el sacaleches me la sacaba..., imagina durante 3 meses noche y día con el sacaleches me moría ¡eh!. Sacándome leche..., que así, se me ha quedado la teta de pellejo. A las 3 de la mañana, antes de que a la niña le tocara la toma..., sacándome la leche” (Samara página 21).*

Solo una tercera parte de estas madres recurrieron al sistema sanitario en busca de ayuda práctica. Del relato de Nora y Samara, se puede extraer también, que durante su estancia hospitalaria la ayuda recibida se limitó, en el caso de Nora, al ofrecimiento de unas pezoneras, sin haber realizado una valoración previa para analizar si realmente son necesarias (64). Tampoco Samara menciona obtener ayuda con el agarre del bebé al pecho, y disuadirla de su idea de que tener un pezón pequeño dificulta la lactancia. Ya que, durante la toma, el bebé no tiene que succionar del pezón, sino este debe introducir el pezón y parte de la areola en su boca para que pueda drenar los conductos lácteos y obtener la leche, por lo tanto, lo importante es procurar un buen agarre al pecho (79) sin que sea un problema para amamantar el tener un pezón pequeño.

Entendemos que Samara, instintivamente, tomó la determinación de lactar en diferido, y cumplir así con la exigencia de su madre, coaccionada por las consecuencias que podía acarrearle a su hija no tomar leche materna. El no buscar ayuda de un profesional, ante una situación que no supone un problema real, hizo que la lactancia de Samara dependiera del uso del extractor para poder alimentar a su hija, lo cual interfiere claramente en el bienestar de Samara.

Conocer si el lactante se alimenta adecuadamente es prioritario tanto para la madre como para las/los profesionales sanitarios, y en este aspecto, las/los profesionales que han atendido a Samara deberían de haber detectado esta situación. Simplemente valorando la efectividad de la lactancia, hubieran identificado que Samara necesitaba de apoyo para amamantar (64). Es necesario, por tanto, que las/los profesionales sanitarios durante el proceso asistencial, ejerzan una atención empática y cercana, contribuyendo con ello a que las madres conozcan y confíen que pueden contar con su apoyo y ayuda para detectar cualquier problema o situación de riesgo.

El relato de estas madres constata que el apoyo recibido en el contexto del Centro de Salud fue más práctico comparado con el obtuvieron en el hospital, percepción que coincide con el estudio realizado por Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos (235). El ambiente más cercano facilita la interacción entre la mujer y el profesional en donde la información y ayuda practica es mucho más efectiva en el caso que relata Geno.

*“A mí, resulta que la primera vez de empezar a darle claro..., yo no sabía..., es que no sabía porque yo a las dos mayores, les di nada, un mes, mes y medio como te comenté. Y vine aquí (se refiere al CS) y estaba una compañera de vosotras que no recuerdo el nombre. Y se metió conmigo al cuarto y con mi marido. Y nos peguemos allí una hora y me dijo “así, y asa. Y me dio una charla,*

*me dijo cómo hacerlo, que me hizo mucho bien. Y ya desde entonces muy bien. No me salieron grietas, superbién, muy bien, Entonces que pasa, que no me daba subida. Me acuerdo que estuve casi un mes que le daba con sonda, esto también me lo enseñó la enfermera a hacerlo. Me ponía aquí la jeringuilla mi marido..., para que me fuera estimulando, porque no me daba subida..., pero al final lo conseguí..., al final sí.” (Geno página 28).*

*“En el centro de salud me enseñaron para que se agarrara bien, pero como me salía mucho chorro... ¡qué hacía...!, Que él, pegaba una chupada y no abría la boca..., ¡¡si hombre...!! Y yo tenía que estar una hora... porque no me salía toda la leche, y la teta se me ponía dura y me salía luego mastitis. Yo que hice..., con pezonera para que se esforzara, la enfermera no quería, decía que era mejor sin pezoneras, pero es que, sino no se esforzaba, de normal es que tenía mucha subida. A mí cada hora me subía la leche, sin darle o no darle cada hora me subía y cuando me lo enganchaba me volvía a subir. En el centro de salud la enfermera también me enseñó a sacarme leche manual, pero como yo tenía demasiada, yo le tenía que obligar a mi hijo..., Porque ya no podía del dolor, y tenía que meterme sola en un cuarto para que el chupara...” (Isabel página 28).*

Isabel también menciona que además de grietas, sufrió varias mastitis. Las grietas en el pezón, las tomas espaciadas o poco frecuentes, la superproducción de leche o el hecho de que el bebé no se enganche bien al pecho, son factores que predisponen a padecer mastitis (294), y tal como relata Isabel podemos observar que en su caso se combinan todos estos factores. Posiblemente Isabel hubiera tenido un mejor desenlace si hubiera hecho caso a las recomendaciones de la enfermera.

Tanto Geno como Isabel, ambas obtuvieron ayuda práctica de las/los profesionales del Centro de Salud tras el alta del hospital, Geno recibió educación para corregir la técnica de lactancia y con la ayuda teórico-práctica que se le ofreció, consiguió amamantar 12 meses, momento en el que estando de nuevo embarazada, su hijo se desteto. Respecto a la lactancia durante una nueva gestación, mencionar, que el embarazo afecta al sabor y la producción de leche, y es la causa de que algunos pequeños se desteten (79). Pero lo que Isabel relata a continuación, por supuesto es un mito.

*“Dicen que solo cambia de sabor si es otro sexo. Sí es niño el que mama... y niña lo que llevas en la barriga cambia” (Isabel página 19).*

*“A los 12 meses, se desteto solo, porque estaba embarazada y no lo sabía y el nene me dejó de mamar. Y yo no sabía por qué. Y era por eso” (Geno página 19).*

#### **8.4 Asistencia a los grupos de preparación pre y postnatal.**

A la pregunta, si acuden a los grupos de preparación maternal y a los talleres de lactancia, la mayoría de las entrevistadas dicen no acudir, tan solo dos madres refieren haber asistido en alguna ocasión.

Considerando que los talleres de lactancia, son espacios de asesoramiento sobre lactancia (79) (249) (250) (291), donde la experiencia de compartir entre iguales, el poder verbalizar miedos e inseguridades, establece relaciones y vínculos entre las madres, puede ser de gran ayuda a madres, como Samara que ha verbalizado sentirse confinada en el hogar, dedicada plenamente a la maternidad, actividad para la que no cuenta con un especial apoyo familiar, y por lo tanto el taller de lactancia le brinda la oportunidad, de tiempo de esparcimiento, una “excusa para salir” y alejarse del trabajo del hogar y compartir entre iguales vivencias similares a las suyas.

Geno, declaro haberse quedado con el deseo de asistir, y da su opinión del porque las gitanas no participan de estas actividades. *Mientras que Isabel, considera que es, “porque de lo normal no las invitan”.*

*“La verdad es que me quede con las ganas... No la verdad por falta de información sino de que como no lo han hecho ninguna de tu entorno, como que...tu tampoco, pero yo la verdad me quede con muchas ganas” (Geno página 30).*

*“De lo normal no las invitan. Yo fui, me llevo la enfermera..., que te ponen senta en una colchoneta, que yo estaba con un montón de puntos... ¡las ganas que tenía yo de sentarme...! acababa yo de salir... Me dijo; “siéntate aquí... que vas a estar cómoda”. ¡Si, cómoda...! yo no encontraba la postura para darle la teta también, ... Y fue la enfermera que también empezó “póntelo aquí, póntelo allí” pero muy incómoda estuve na, un día” (Isabel página 31).*

El que la etnia gitana no perciba la necesidad de ayuda del profesional sanitario/a para amamantar ha sido descrito por otros autores (17), al considerar que el apoyo que reciben de su entorno, es más adecuado, que el que obtienen del sistema sanitario.

Se constata de los discursos, que existieron circunstancias que dificultaban la asistencia al taller de estas madres. Isabel nos contó su experiencia personal vivida en el taller de lactancia, nos relató haberle resultado embarazoso tener que amamantar en presencia de otros padres, situación que la condicionó a volver en otra ocasión y la limitó a que pudiera expresar y compartir las emociones con otras madres del taller. Este hecho, en alguna ocasión también fue expresado por otras mujeres de nuestro taller de lactancia, especialmente, los primeros días que participaron de esta actividad, aunque estas madres refirieron que el pudor no se mantuvo, sino que, se fueron liberando de él a medida que pasó el tiempo y apreciaron que en ese entorno no tenía cabida el pudor y le dieron mayor valor al beneficio que les reportó el grupo. Del mismo modo, otros estudios manifiestan, que algunas madres se sienten avergonzadas por tener que amamantar más allá de los límites del hogar (17) (111) (295) (296). Entre los cuales destacan los resultados de un estudio (296) cualitativo, que realizo el análisis en base a la teoría feminista de Sara Ahmed. De él, se desprende la idea de que el hecho de amamantar hace que la mujer se encuentre con la dicotomía entre la naturaleza y la cultura de una sociedad que resalta más el valor estético y sexual del pecho que su función alimenticia. Una

sociedad que normaliza los escotes, pero no que se vea un pedacito de pecho en una madre que amamanta. Un tabú, que sigue existiendo y circunscribe a la mujer a amamantar en la intimidad del hogar.

*“Porque me daba vergüenza estar con otros hombres Es que van con los maridos, a la que yo fui estaban los maridos... a mí me da mucha vergüenza, al que yo fui estaban los maridos. Todas allí dando teta y así al aire que están allí todos los maridos... ¡que está el mío vale!, pero allí con 50 maridos, pues no.... Que tengo que sacar la teta y dársela me da igual, pero allí todos los maridos y yo sola que me marido trabaja, ¡a ver la gracia! ¡Para que quiero yo que mi marido aprenda a dar la teta si él no la va a dar! Eso también te digo... tendría que ser de mujeres, yo lo veo una tontería. Pero, no es lo mismo dar la teta en la calle senta en un banco, que tengas uno aquí, otro aquí, otro allá... ¡Es que eso en la calle no va a pasar...! Allí hacia demasiado calor, yo estuve una vez, ¡Que calor...! Porque tanta gente metia en un cuarto, tantos niños allí, luego se ponían que si dando teta... la verdad es que no me gusto.... Si fueran mujeres, vale, pero allí tos los maridos, toas las mujeres... tos así en el suelo ¿qué es esto? ¡Se te pega la colchoneta y to!. No me gusto..., la verdad es que no me gusto, no lo repetí porque no me gusto” (Isabel página 31).*

Aun con ello, es totalmente respetable que una mujer prefiera dar a su bebé el pecho en la intimidad de su hogar o en un ambiente que le resulte favorable, y le sea incomodo sentirse observada. Es importante, tener en cuenta las preferencias de la mujer en cuanto a su pudor, propiciando los cambios sociales para normalizar el amamantamiento en público, pero a la vez, respetando a aquellas madres que prefieran seguir pensando que los pechos forman parte de su intimidad y su estética sexual.

Geno, repite constantemente haberle gustado ir a estas actividades grupales, tanto a la preparación maternal como a los talleres de lactancia, algo que tenía planificado hacer en esta gestación que desafortunadamente tuvo que interrumpir.

*“Pues yo me quede con ganas de ir, y después del crio que me quede embarazada... yo tenía el proyecto de ir a los dos talleres. Pero no..., ya no puede porque se tuvo que interrumpir el embarazo de 6 meses y ya no...Pero yo si tenía ganas de hacerlo. Porque yo creo que es bueno, es una experiencia, también yo creo que es bonito, saberlo, aprenderlo, porque muchas veces, nos guiamos con lo que nos dicen la madre..., la amiga... y a lo mejor lo estamos haciendo peor, que verdaderamente como se tiene que hacer... Y yo lo tenía en mente quería hacer la preparación y too” (Geno página 32).*

El interés de las mujeres de etnia gitana por asistir a estas actividades es un hecho relatado en un estudio realizado en la Comunidad Navarra (297). Sus autores reportan que, de 320 mujeres de etnia gitana entrevistadas, 133 consideraban que estas actividades eran precisas, no obstante, solo un grupo minoritario de estas mujeres afirmó asistir. También otros autores, reportan que las madres de

etnia gitana no asisten a las actividades de educación maternal (244). No obstante, no hemos encontrado estudios que nos pudieran aportar información sobre el porqué las madres gitanas no asisten a las actividades de educación grupal.

Como resultados de este análisis, se encontró que las madres de etnia gitana consideran que la lactancia materna no es fácil de practicar. Se encontraron limitaciones señaladas por otros estudios, tales como la modificación del rol de la mujer, la incertidumbre ante las dificultades, la percepción de tener poca leche y el dolor (3) (4) (161) (235) (278) (236). El dolor físico estuvo relacionado con la presencia de pezón plano y la mastitis. Igualmente se encontró que, entre las madres gitanas entrevistadas, el destete se produjo principalmente por la sensación materna de no tener leche suficiente. También presentaron estas madres una serie de falsas creencias y mitos, consecuencia de la falta de información y formación en lactancia, que ponen en entredicho la efectividad de está.

Hacer mención que ninguna de estas madres, se ha quejado que el apoyo por parte del sector sanitario, había sido insuficiente o no se adaptaba a sus necesidades. Estas mujeres, al igual que las madres gitanas de otros estudios (17), no han percibido esta falta de ayuda, posiblemente porque consideren que la lactancia es algo natural que se establece por sí sola sin la ayuda sanitaria, y que los problemas que les han surgido, como se extrae de algunos de sus comentarios, son vividos por ellas, como algo normal en el proceso de amamantamiento. No obstante, de sus relatos se extrae que confían plenamente en las/los profesionales de la salud, pero también se percibe necesitan de información y de apoyo práctico, que responda a sus necesidades. Tal como menciona un metaanálisis realizado por Virginia Schmied et al, el apoyo practico que ofrece el profesional sanitario, requiere de observar la alimentación del lactante, enseñar a la madre técnicas que permitan a la mujer desarrollar habilidades para subsanar los posibles problemas o dificultades. A la vez, que, se requiere de profesionales que tengan iniciativa y capacidad para anticiparse a problemas y necesidades y ser capaces de saber qué tipo de apoyo o ayuda es la oportuna en cada caso (203). Y en las dificultades que han presentado no recibieron el apoyo y ayuda adecuada. En el caso de estas madres, sería importante que, durante las visitas gestacionales, persistir y hacer hincapié para que sean conecedoras que disponen de apoyo practico ante cualquier problema durante el amamantamiento, cabe resaltar el hecho de que el apoyo profesional ofrecido una vez que las mujeres lo buscan no es tan eficaz como el que se oferta antes del nacimiento de manera programada, pero no ocurre así con el acceso a las consultas de lactancia y a los grupos de apoyo (181).

Las medidas preventivas y de educación sanitaria son prácticamente desconocidas por la comunidad gitana, pero también, el sistema sanitario, tiene una importante responsabilidad en acercar estos recursos a toda la población, desarrollando estrategias para incorporar a las madres gitanas en estas actividades, como son los talleres dirigidos a la preparación maternal y los talleres de LM. La importancia de la alimentación con leche materna, y los riesgos (17) (166) de la alimentación con leche de fórmula, son algunos ejemplos de aspectos, que son desconocidos en estas mujeres, como

hemos podido comprobar, y de los que pueden llegar a tener información a través de la educación pre y postnatales (172) (176) (235) (236).

Además, es notablemente importante, extender estas actividades de promoción y educación, no exclusivamente al padre, sino también, a otros miembros de la familia como las abuelas. Las abuelas, como señalan algunos autores (172) (176) (177) (178), y hemos visto en las conversaciones con las madres del estudio, influyen notablemente en las decisiones maternas. Por lo tanto, si queremos que el entorno de la madre contribuya en la protección y apoyo a la LM, este debe ser también conocedor de los riesgos de no amamantar (13) (166), ya que, cuando el contexto materno es consciente del valor de amamantar, se convierte en un valioso sustento emocional y en una fuente de apoyo práctico, liberando a la madre de otras tareas para que pueda dedicarse a amamantar al bebé (172). Por lo tanto, para cambiar esta realidad, es necesario ir más allá de tener conocimiento sobre los beneficios y las técnicas de un adecuado establecimiento y manejo de la LM enfocadas exclusivamente en la madre lactante. Para apoyar a la madre lactante, se requieren acciones centradas en factores que interfieran en la intención de amamantar o mantener la lactancia, especialmente porque se trata de una etapa de la vida de la mujer donde es más vulnerable a consejos y presiones del entorno familiar (176) (275), y en este sentido es interesante considerar consejos y recomendaciones que las abuelas transmiten a las hijas que lejos de ser mal intencionados suelen estar basados en la vivencia propia de una generación con experiencias poco favorables a la lactancia (178). De modo que, para propagar un único mensaje, los programas sobre lactancia deberían considerar los conocimientos y las actitudes que el entorno familiar tiene respecto a la lactancia, para que algunos mitos o falsas creencias que ponen en riesgo este tipo de alimentación, sean tratados en los programas de educación pre y postnatal, y lograr que un mayor número de niños y niñas que sean amamantados (172) (176) (235) (236).

Resaltar la importancia de los talleres de lactancia, como una estrategia dinámica de aprendizaje para la mujer, le permite adquirir seguridad en sí misma. Compartiendo con otras madres experiencias para esquivar obstáculos, las creencias sin fundamento científico, las normas que dificultan la lactancia y las obligaciones que como mujeres-madres nos condicionan (79). Las mujeres aprenden de la experiencia de cada una, pero además, el escuchar a otras madres les posibilita reconocer sus propias necesidades, y las alienta a pedir ayuda (79). Conjuntamente, a la vez, en los talleres de lactancia las madres generan una serie de círculos de relación que van propagándose poco a poco a otros espacios sociales (291). Tal como menciona este estudio realizado en el noroeste de Inglaterra (291), los grupos de lactancia materna generan capital social, entendiendo por capital social a la cohesión y la confianza entre integrantes de un grupo, que facilita la cooperación para el beneficio mutuo, sobre esta premisa, los talleres de lactancia se convierten en una red informal de apoyo mutuo entre personas que tienen como alianza común ser madres lactantes, a través de este vínculo, crean relaciones de confianza y solidaridad con otras madres, aun teniendo diferentes intereses y ser de procedencia diversa, este lazo común les permite crear una relación de amistad a través de la cual pueden surgir beneficios y oportunidades de ayuda

que contribuyen a facilitar la integración social y supone una importante estrategia para reducir la inequidad en salud. A pesar de que estos beneficios sociales de los grupos de apoyo a la lactancia han sido muy poco estudiados, es un hecho que podemos corroborar mediante la experiencia obtenida a través del taller de lactancia del Centro de Salud de Fuente de San Luis que lleva más de diez años de funcionamiento, a través del cual, hemos podido vivenciar que las mujeres del grupo de lactancia se han acompañado en enfermedades, divorcios, se han apoyado en el cuidado de hijos e hijas, han conseguido trabajo gracias a otras madres del grupo, han participado de actos lúdicos y sociales juntas. Un apoyo que ha trascendido más allá de la lactancia y del espacio del taller, fortaleciendo valores como la confianza, solidaridad, cooperación entre las madres, unos lazos de amistad que perduran en el tiempo y que tan importantes han sido, en especial, para aquellas mujeres de procedencia extranjera que se encuentran en un país muchas veces huérfanas de amigos y familiares. Por lo tanto, podemos decir que los talleres de lactancia contribuyen a su vez a generar capital social.

No obstante, en el contexto de la etnia gitana, aunque, lo ideal sería que participaran de los talleres de lactancia materna existentes, considero, que ello presenta cierta complejidad de salida por varias razones. En primer lugar, porque se trata de un colectivo que como hemos visto a lo largo de esta tesis, les resulta difícil participar de las actividades grupales maternas, parece complicado que esta etnia establezca relaciones de confianza con la población general, en especial, porque presentan una idiosincrasia de vida muy distinta, a la vez que, sigue siendo una población muy marcada por una historia que se ha movido entre la marginación y el racismo (242). Y, en segundo lugar, en su gran mayoría estas mujeres de etnia gitana presentan una nula necesidad en invertir tiempo en asistir a estos programas de educación maternal (17) (244).

Los programas de educación sanitaria deben de centrarse en las necesidades específicas y las peculiaridades de la comunidad gitana, se requiere de buscar estrategias que conecten con el interés y susciten la atención de esta población (161) (233) (256). Es prioritario el promover desde los servicios sanitarios intervenciones especialmente diseñadas para este tipo de población (24) Por lo que, considero, que para que las mujeres de etnia gitana puedan activamente participar de estas actividades, se requiere de ofrecerles el privilegio de la exclusividad, especialmente porque su situación y necesidades poco tienen que ver con las del resto de la población general. Y tengo la firme convicción que, bajo esta situación de exclusividad y en un ambiente de confianza que las motivara a participar se conseguiría que asistieran a los talleres de lactancia.

Es evidente que, no es posible cambiar la realidad de un día para otro, pero sí contribuir con pequeños actos en la consecución de una igualdad efectiva. De ahí la importancia de continuar profundizando y desarrollando iniciativas para promocionar la LM entre la etnia gitana. En busca de desarrollar este enfoque, nos preguntamos, cómo incitar a estas madres a participar en los talleres de lactancia, que tipo de estrategia se podría emplear. La mejor forma podría ser aprovechando su propio capital social, como, por ejemplo, a través de la Fundación del Secretariado Gitano, una



entidad social sin ánimo de lucro, que trabaja desde hace más de 35 años en la defensa y apoyo de la comunidad gitana, facilitando el acceso de las personas gitanas a los derechos, servicios, bienes y recursos sociales en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía, promoviendo un trato igualitario y su reconocimiento social. Otro lugar mucho más cercano, donde poder promover los talleres de lactancia, y considerando que el gitano suele ser persona de gran religiosidad, podría ser en la propia Iglesia Evangelista. El culto, para ellos, no solamente constituye un lugar en donde desarrollar la fe, sino que se trata también de un espacio de ocio y tiempo libre muy frecuente en la vida de los gitanos y gitanas. Posiblemente, el poder compartir el mismo marco cultural haría que las madres se sintieran más cómodas, crearía un clima más favorecedor y se involucrarían de forma más activa si los talleres de lactancia fueran realizados exclusivamente para mujeres gitanas, y se contara a la vez, con alguna madre con experiencia en lactancia, que se formara en asesoramiento a la lactancia, estrategia eficaz para potenciar la formación en LM en un plano de igualdad, creando un clima más favorecedor para que las mujeres de etnia gitana se involucraran de forma más activa.



## ***9 – CONCLUSIONES (Fase cualitativa)***

---

## CONCLUSIONES SEGÚN OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN (Fase cualitativa).

Las conclusiones de la investigación, presentadas a continuación, derivan de los resultados obtenidos de la entrevista realizada en este estudio. Estas conclusiones se exponen recopilando los trabajos principales hallazgos y relacionándolos con los objetivos específicos propuestos al comienzo del estudio, que a su vez dan respuesta al objetivo general planteado:

### **Conocer la experiencia y vivencia de las mujeres de etnia gitana en la lactancia materna.**

A continuación, y una vez confirmada la hipótesis de trabajo, se recogen a modo de reflexiones finales, algunas propuestas que, a nuestro juicio podrían mejorar la vivencia y experiencia de lactancia en las mujeres de etnia gitana, así como crear nuevas líneas de estudio que podrían contribuir a profundizar en la relación entre lactancia materna y etnia gitana.

#### **9.1 Conclusiones objetivo 1.**

### **Identificar a través de la narrativa de estas mujeres la experiencia y valoración de la lactancia materna.**

- Las abuelas han influido notablemente en la decisión de amamantar de las hijas, tanto alentado como desalentando a las madres a amantar. Por un lado, acreditando la excelencia de la LM, por otra parte, la paradoja, respaldando la leche de fórmula como una alternativa, que nada tiene que envidar a la leche humana, una leche artificial, abalada socialmente como un adelanto que la ciencia ofrece para favorecer el estilo de vida actual, garantizando el desarrollo de la cría, y que, contribuye, a su vez, a un reparto equitativo de papeles con el varón. Proponemos con relación a este aspecto invitar a los padres y a las mujeres de las generaciones anteriores a la formación en LM, como una estrategia facilitadora del fomento y apoyo a la lactancia materna por parte del entorno de la mujer lactante.
- La sobrecarga de trabajo de la madre amamantadora ha influido en su estado emocional y físico. Su demanda de ayuda, hace necesario la búsqueda de herramientas de apoyo, que le permitan sobre llevar la dependencia del bebé, especialmente en sus primeros días de vida, ya que, gran parte de las madres describen, la dependencia de la criatura, como un elemento negativo, que dificulta el manejo de la separación con el bebé, restándole a ellas independencia. El orientar a la madre para construir, establecer y conseguir un vínculo materno filial sólido y seguro, contribuye a que está sea capaz de vencer obstáculos y dificultades que pueda encontrarse a lo largo de esta etapa, y vivir una maternidad mucho más segura.

- La actitud hacia la lactancia en las mujeres gitanas de nuestro estudio, es neutra, aunque, con tendencia positiva hacia la misma, pero con, un escaso nivel de conocimientos sobre LM. El sistema sanitario podría influir en estos elementos, desarrollando estrategias educativas en LM dirigidas a esta población, y con ello, mejorar las tasas de LM.

## 9.2 Conclusiones objetivo 2.

### Conocer el apoyo y ayuda recibida durante la lactancia y su participación en las actividades de educación maternal.

- En poblaciones vulnerables y socialmente complejas como la etnia gitana, el lograr convocar un número razonable de mujeres (entre 4 y 12) necesita de una importante motivación por parte de esta población. En el caso de este trabajo de investigación, se tuvo que contactar con las madres en dos ocasiones, y nos costó, apelar al sentimiento sobre la importancia que tenía para la doctoranda que la ayudaran a realizar esta actividad, siendo conscientes que, para estas mujeres gitanas, el acudir al grupo focal supuso un esfuerzo, ya que, ellas mismas reconocen y manifestaron la falta de implicación y desinterés que tiene la población gitana, ante convocatorias de este tipo. Pese a lo mencionado, resulta sorprendente que, durante la dinámica se apreció que se sentían cómodas, que la participación entre las mujeres del grupo fue desinhibida, e incluso intensa en alguna de ellas. Reportando al finalizar la actividad una valoración altamente positiva por su parte, por este tipo de dinámicas, manifestando que se deberían realizar con más frecuencia. De ello se percibe que esta actividad fue valorada como una oportunidad para expresar sus sentimientos, es decir, la vivieron como una especie de terapia y no como una aportación que ellas hacían a un proceso de investigación. El haber podido identificar, en este grupo de mujeres, en tan solo una sesión, el valor que le han otorgado a esta reunión, manifestado con la demandan de realizar más actividades como esta. Nos hace pensar, que estás mujeres se sentirían también cómodas en los talleres de LM, cuya dinámica es similar a la utilizada en el grupo focal, es decir, basa en el dialogo, la escucha, la libertad de expresión, el no juzgamiento. No obstante, para ellas, existe el inconveniente que en los talleres participan también los padres, no sintiéndose cómodas ante la presencia de otros hombres ajenos a la familia, lo cual puede estar relacionado con la estructura patriarcal de esta etnia.
- Los programas de atención materno infantil (pre y postnatales), en donde se incluye la LM, deben de realizarse desde un enfoque y competencia cultural, por lo que, las/los profesionales de la salud, deben de promover la LM, creando relaciones dinámicas con las madres y su entorno familiar, basadas en respeto a las creencias y prácticas culturales. A la vez, que estos programas materno infantiles deben de abarcar más allá de los aspectos teóricos relacionados con la salud. Deben de tener en cuenta aspectos como los roles de género, los mitos y creencias que rodona a la maternidad, y tratarse desde una asesoría basadas en la evidencia científica, con el respeto, empatía y libres de juicios de valor.

- Es esencial, indagar en las opiniones de la población gitana para conocer mejor sus necesidades en cuanto a la crianza, especialmente las relacionadas con la alimentación infantil y abordar las desigualdades esta población experimenta.
- Se requiere, de profesionales formados, no solo en lactancia materna, sino también en actividades y prácticas culturales coherentes y sensibles con la población a la que se atiende y con las necesidades de las madres y su entorno familiar, y en base a ello, poder facilitar a la población practicas adecuadas de alimentación infantil.
- Deberían de existir talleres de LM adaptados a las características socioculturales de la etnia gitana. Hay que tener presente que la LM tiene una importante dimensión social, por lo que habrá que incluir en los talleres de LM a las personas más cercanas e influyentes en la mujer, como es en muchos casos, su madre.
- Las mujeres pueden ser un recurso importante para establecer acciones colectivas, de organización y cooperación relacionadas con el desarrollo de actividades educativas para la salud comunitarias. Los grupos de apoyo a la LM pueden ser una forma excelente de contribuir en una mayor equidad en salud.
- Es primordial identificar a las mujeres más predispuesta a no amamantar para proveer los recursos adecuados para la promoción de la misma.
- Analizando sus conversaciones pueden hacernos caer en las típicas consideraciones de la falta de interés o la desidia de estas mujeres gitanas por las actividades de educación grupal, cuando en realidad deberíamos preguntarnos cuales son las motivaciones que llevan a estas mujeres a no asistir.

**Los mayores retos destacados en este estudio para que las mujeres de etnia gitana se incorporen a estos grupos son:**

- a) Que no se sienta parte del grupo.
- b) Que acudan otros hombres a los grupos de apoyo.

El no sentirse parte del grupo es un trabajo que enfermería debe abordar para elaborar estrategias de integración y respeto culturalmente sensibles con estas mujeres.

## **CONCLUSIÓN FINAL.**

Como resultado de este trabajo concluimos que la creación de redes de apoyo para fomentar la LM entre la población gitana contribuiría a crear “capital social” y ayudaría a aumentar la prevalencia de LM y disminuir inequidades y desigualdades en salud.



## ***10 – LIMITACIONES DEL ESTUDIO (Fase cualitativa)***

---

## *LIMITACIONES DEL ESTUDIO (Fase cualitativa).*

Entre las limitaciones del estudio, cabe destacar, las relacionadas con el alcance del hallazgo del análisis cualitativo del estudio, que no permite una generalización de los resultados. Los hallazgos pueden considerarse válidos para el entorno y grupo estudiado en la investigación. No buscamos que sean generalizables a todas las madres gitanas de perfiles socioeconómicos similares que son atendidas en los diferentes centros de salud. No obstante, estos resultados deberían de alertar sobre la necesidad de valorar y asesorar adecuadamente a las mujeres de etnia gitana sobre lactancia materna. Los resultados obtenidos quizá podrían orientar a comprender la subjetividad y experiencias de los casos, y suscitar el interés de otros investigadores en abrir líneas de investigación de las que pueda surgir nueva literatura, y explorar situaciones similares entre las madres lactantes gitanas de otras comunidades.

Asimismo, cabe considerar, como una posible limitación que no se ha incorporado al estudio, la perspectiva que la parte del género masculino podría dar. Por ello, no es posible conocer las experiencias y las opiniones sobre la crianza y lactancia de los hombres, lo cual hubiera sido importante para ampliar la comprensión de este fenómeno. Por lo que es conveniente realizar investigaciones futuras involucrando a los padres para conocer sus opiniones.

A pesar de sus limitaciones, nuestro estudio arroja luz sobre barreras importantes, previamente inexploradas para la lactancia materna, en el contexto de la etnia gitana.





## *11 – BIBLIOGRAFÍA*

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países [Internet]. Artículo. 2016 [cited 2021 May 29]. p. 9. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
2. OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organ Mund la Salud [Internet]. 2002 [cited 2021 Feb 14];1(2):30. Available from: [https://www.who.int/nutrition/publications/gf\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](https://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf)
3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Vol. 387, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2016. p. 491–504.
4. Gil Estevan MD, Solano-Ruiz MC. Diversidad cultural y lactancia materna: Prestación de cuidados culturalmente competentes en Atención Primaria. Index enfermería Inf bibliográfica, Investig y humanidades. 2017;26(3):162–5.
5. Fischer TP, Olson BH. A qualitative study to understand cultural factors affecting a mother's decision to breast or formula feed. J Hum Lact [Internet]. 2014 May 1 [cited 2021 Feb 25];30(2):209–16. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334413508338>
6. Jessri M, Farmer AP, Olson K. Exploring Middle-Eastern mothers' perceptions and experiences of breastfeeding in Canada: An ethnographic study. Matern Child Nutr [Internet]. 2013 Jan [cited 2020 Aug 19];9(1):41–56. Available from: </pmc/articles/PMC6860652/?report=abstract>
7. Shortt E, McGorrian C, Kelleher C. A qualitative study of infant feeding decisions among low-income women in the Republic of Ireland. Midwifery. 2013 May;29(5):453–60.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Capturar El Momento: Inicio Temprano De La Lactancia Materna [Internet]. Nueva York: UNICEF. 2018 [cited 2020 Jan 16]. Available from: [file:///C:/Users/Cintia/Downloads/Blog-53\\_Capturar-el-momento.pdf](file:///C:/Users/Cintia/Downloads/Blog-53_Capturar-el-momento.pdf)
9. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. The family and social environment of the mother as a factor that promotes or hinders breastfeeding. Rev Fac Med [Internet]. 2015 [cited 2020 Dec 14];63(2):217–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
10. Rodicio García MM, Abadi Abadi A, Silveira Cancela M, Rodríguez Sáez MJ, Andrés Andrés A, Vázquez Caruncho M. Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. Acta Pediatr Esp. 2007;65(1):6–11.
11. Ruiz Chércoles E, Fernández Fernández R, Sánchez Soriano J, Morillo Báez P, García Sánchez A, Mesa Garrido M. ¿Cuánto sabemos de lactancia materna? Rev Pediatría Atención Primaria. 2020;22(Suppl 28):34–5.
12. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: plan estratégico para la acción [Internet]. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo. 2004 [cited 2020 Jul 30]. p. 34. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/5-europe\\_a\\_blueprint\\_for\\_action.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/5-europe_a_blueprint_for_action.pdf)
13. 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 Aug 1;151:104683.

14. Baker P, Smith J, Salmon L, Friel S, Kent G, Iellamo A, et al. Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: Is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? *Public Health Nutr.* 2016;19(14):2540–50.
15. Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TMA, Breda J. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutr.* 2016 Mar 1;19(4):753–64.
16. World Health Organization. Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition [Internet]. Vol. 66, Geneva. 2013 [cited 2021 Feb 23]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84409/9789241505550\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84409/9789241505550_eng.pdf)
17. Condon LJ, Salmon D. “You likes your way, we got our own way”: Gypsies and Travellers’ views on infant feeding and health professional support. *Heal Expect* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2020 Aug 19];18(5):784–95. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5060882>
18. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Vol. 371, *The Lancet*. Elsevier; 2008. p. 243–60.
19. Smith JP, Harvey PJ. Chronic disease and infant nutrition: Is it significant to public health? *Public Health Nutr* [Internet]. 2011 Feb [cited 2021 Nov 11];14(2):279–89. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/chronic-disease-and-infant-nutrition-is-it-significant-to-public-health/BA5FDE894EC83C2EC040E0D6C3B7D813>
20. Horta BL, Victora CG. Long-term health effects of breastfeeding: a systematic review. [Internet]. Vol. 129, World Health Organization. 2013 [cited 2021 Nov 11]. Available from: [www.who.int](http://www.who.int)
21. Balogun OO, O’sullivan EJ, Mcfadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Nov [cited 2020 Oct 21];2016(11). Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001688.pub3>
22. Brown A. What do women really want? Lessons for breastfeeding promotion and education. *Breastfeed Med* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2021 Jul 26];11(3):102–10. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2015.0175>
23. Belintxon M, López-Dicastillo O. Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: revisión narrativa de la literatura. *An Sist Sanit Navar.* 2014 Dec;37(3):401–9.
24. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Avanzando hacia la equidad. 2015.
25. Sebastián Vicente M. Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad. *Dilemata.* 2017;(25):227–38.
26. Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martín E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Univ.* 2017 Jan 1;14(1):54–66.
27. Dennis CL, Gagnon A, Van Hulst A, Dougherty G. Predictors of breastfeeding exclusivity among migrant and Canadian-born women: Results from a multi-centre study. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2021 Feb 21];10(4):527–44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6860320/>

28. García-López MA, Ros-Bas O. Factores socioculturales y perinatales relacionados con la lactancia materna exclusiva. *Enferm Clin.* 2010;20(2):109–13.
29. Oves Suárez B, Escartín Madurga L, Samper Villagrasa MP, Cuadrón Andrés L, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, et al. Inmigración y factores asociados con la lactancia materna. Estudio CALINA. *An Pediatr [Internet]*. 2014 Jul 1 [cited 2020 Aug 10];81(1):32–8. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-inmigracion-factores-asociados-con-lactancia-articulo-S1695403313003858>
30. Raventós Canet Á, Crespo García Á, Villa Vázquez S. Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de Salud Sant Feliu-2 (Barcelona). *Pediatr aten prim.* 2006;409–20.
31. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatr.* 2013 Nov 1;79(5):312–8.
32. Dolores M, Cano P, García EM, González E, Navarro C. Prevalencia y creencias sobre lactancia materna entre mujeres extranjeras residentes en España. In: *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía.* 2006. p. 18–21.
33. Nolan A, Layte R. The “healthy immigrant effect”: Breastfeeding behaviour in Ireland. *Eur J Public Health [Internet]*. 2015 Aug 1 [cited 2021 Feb 21];25(4):626–31. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/cku177>
34. Tierra Burguillo M. Satisfacción sobre la educación en salud materno infantil de las madres en Huelva. [Internet] [Tesis doctoral]. [Huelva]: Universidad de Huelva; 2016. Available from: [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12814/Satisfaccion\\_sobre\\_la\\_educacion.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12814/Satisfaccion_sobre_la_educacion.pdf?sequence=2)
35. Llanos de la Torre Quiralte M, Garijo Ayestarán C, Poch Olivé ML, Pérez Marrodán JA. Estudio de una población gitana rural en relación con la lactancia materna. ¿Una población atípica? Vol. 52, *Anales Espanoles de Pediatría.* 2000. p. 73–5.
36. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Estudio sobre determinantes sociales de la salud de la población gitana cántabra. 2012;60–90. Available from: <http://www.ospc.es/proyectos/7-estudio-sobre-determinantes-de-la-salud-de-la-poblacion-gitana-cantabra>
37. Aguayo Maldonado J, Cañedo Argüelles CA, Arena Ansótegui J, Canduela Martínez V, Flores Antón B GPA et al. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación [Internet]. 2011 [cited 2021 May 19]. p. 151. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
38. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Vol. 387, *The Lancet.* Lancet Publishing Group; 2016. p. 475–90.
39. Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed J [Internet]*. 2020 May 4 [cited 2020 Aug 10];15(1):34. Available from: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-020-00277-w>
40. Organización Mundial de la Salud. 27ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; 1974. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95324/Official\\_record217\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95324/Official_record217_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

41. Organización Mundial de la Salud. 31<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra; 1978. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95354/Official\\_record247\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95354/Official_record247_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
42. OMS. Ginebra. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche materna. 1981.
43. Convención sobre los derechos del niño. In 1991 [cited 2020 Oct 28]. p. 75–96. Available from: [www.unicef.es](http://www.unicef.es)
44. World Health Organization. The Baby-Friendly Hospital Initiative. 1999;
45. CELEBRATING THE INNOCENTI DECLARATION ON THE PROTECTION, PROMOTION AND SUPPORT OF BREASTFEEDING Past Achievements, Present Challenges and Priority Actions for Infant and Young Child Feeding. 1990 [cited 2021 Jul 15]; Available from: [www.unicef-irc.org](http://www.unicef-irc.org).
46. OMS, UNICEF. Declaración de Innocenti Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, 1 de Agosto de 1990, Florencia, Italia. Aeped.es [Internet]. 1990 [cited 2021 Apr 9];1–3. Available from: [https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION\\_DE\\_INNOCENTI.pdf](https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION_DE_INNOCENTI.pdf)
47. Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Cañedo-Argüelles C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco del Val A, et al. Centros de salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. *Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(43):513–29.
48. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices WHO/CDD/SER/91.14 [Internet]. World Health Organization. 1991 [cited 2019 Dec 19]. p. 1–14. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf)
49. OMS/UNICEF. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1 Definiciones. [Internet]. BIBLIOTECA DE LA OMS. 2007 [cited 2019 Dec 16]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662\\_spa.pdf;jsessionid=791AD71C7D9B2F09349458092BAE61EC?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf;jsessionid=791AD71C7D9B2F09349458092BAE61EC?sequence=1)
50. Habicht J-P. Expert Consultation on the Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. In: World Health Organization [Internet]. 2004 [cited 2019 Dec 19]. p. 79–87. Available from: <http://www.who.int/child-adolescent-health>
51. Organización Mundial de Salud. 55<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Resoluciones y Declaraciones. Ginebra; 2002 [cited 2021 Jun 4]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52. Europea C. Directiva 91/321/CEE. Comunidad Europea 14 de mayo de 1991 [Internet]. 1991 [cited 2021 May 19]. p. 15. Available from: <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/84ff6e5d-697b-4984-8a72-ee8203f926f/language-es>
53. BOE núm. 131. Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación. BOE 131 30 mayo 2008 [Internet]. 2008 [cited 2020 Jul 13];25.121-25.137. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-9289-consolidado.pdf>

54. Cattaneo a, Fallon M, Kewitz G. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños-Normas recomendadas por la Unión Europea. Wwwburlotriesteit [Internet]. 2008 [cited 2021 Apr 10];33. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes\\_normas\\_recomendadasue.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes_normas_recomendadasue.pdf)
55. Asociación Española de bancos de leche humana. Bancos de Leche en España [Internet]. Bancos de leche. 2019 [cited 2021 May 20]. Available from: <https://www.aebllh.org/banco-de-leche/bancos-de-leche-en-espana>
56. Kantorowska A, Wei JC, Cohen RS, Lawrence RA, Gould JB, Lee HC. Impact of donor milk availability on breast milk use and necrotizing enterocolitis rates. *Pediatrics*. 2016 Mar 1;137(3).
57. Observatorio de sald de las mujeres. Ficha de recogida de buenas Prácticas que respondan a los objetivos y recomendaciones de la EAPN y salud Reproductiva del SNS [Internet]. [cited 2021 May 30]. Available from: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/osm/BBPP/I\\_H\\_A\\_N.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/osm/BBPP/I_H_A_N.pdf)
58. IHAN. Entrega de galardones de acreditación IHAN-UNICEF2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 May 20]. Available from: <https://www.ihan.es/entrega-de-galardones-de-acreditacion-ihan-unicef-2020/>
59. Boletín Oficial del Estado. Convenio entre el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y potenciación [Internet]. Boletín Oficial del Estado 2019 p. 61561–7. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2019/11/21/pdfs/BOE-A-2019-16775.pdf>
60. IHAN. Plan de acción 2019 de la IHAN [Internet]. 2019 [cited 2021 May 29]. Available from: <https://www.ihan.es/plan-de-accion-2019-de-la-ihan/>
61. e-lactancia.org. Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna [Internet]. 2002. Available from: <http://e-lactancia.org>
62. Ministerio de Sanidad. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. *Ann Phys (N Y)* [Internet]. 2007 [cited 2021 May 31];54:258. Available from: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/m\\_sanidad\\_-\\_estrategia\\_de\\_atencion\\_al\\_parto\\_normal\\_2007.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/m_sanidad_-_estrategia_de_atencion_al_parto_normal_2007.pdf)
63. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. 2014 [cited 2021 May 30]. p. 490. Available from: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_533\\_Embarazo\\_AETSA\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf)
64. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. 2017 [cited 2020 May 4]. Available from: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/GPC\\_560\\_Lactancia\\_Osteba\\_compl-1.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl-1.pdf)
65. WHO. European Region has lowest global breastfeeding rates. [Internet]. World Health Organization; 2015 [cited 2021 Oct 24]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates>

66. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2017. Cuestionario de Menores [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. España; 2017 [cited 2021 Jun 1]. Available from: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/E\\_NSE17\\_MENOR.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/E_NSE17_MENOR.pdf)
67. Encuesta Nacional de Salud 2017 ENSE 2017 Metodología [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Available from: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf>
68. World Health Organization. Infant and Young Child Feeding A tool for assessing national practices. 2003;158.
69. Pagina Web del Instituto Nacional de Estadística de España. Instituto Nacional de Estadística de España [Internet]. [cited 2019 Nov 19]. p. 1. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2006/p07/10/&file=03111.px&L=0>
70. Asociación Española de Pediatría. Informe de expertos. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. 1996.
71. Asensi Monzó M, Fabregat Ferrer E, Gutiérrez Sigler MD, Soriano Faura J. Assistance on the first 48 hours after discharge from maternity in Primary Care Practice. *Pediatr Aten Primaria*. 2014;16(62):117–24.
72. Ballard O, Morrow AL. Human Milk Composition. Nutrients and Bioactive Factors [Internet]. Vol. 60, *Pediatric Clinics of North America*. NIH Public Access; 2013 [cited 2021 Feb 28]. p. 49–74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586783/>
73. Bardanzellu F, Peroni DG, Fanos V. Human Breast Milk: Bioactive Components, from Stem Cells to Health Outcomes. Vol. 9, *Current Nutrition Reports*. Springer; 2020.
74. Kim SY, Yi DY. Components of human breast milk: from macronutrient to microbiome and microRNA. *Clin Exp Pediatr* [Internet]. 2020 Aug 15 [cited 2021 Mar 2];63(8):301–9. Available from: </pmc/articles/PMC7402982/>
75. Hassiotou F, Hepworth AR, Metzger P, Tat Lai C, Trengove N, Hartmann PE, et al. Maternal and infant infections stimulate a rapid leukocyte response in breastmilk. *Clin Transl Immunol*. 2013 Apr;2(4):e3.
76. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827–41.
77. Czosnykowska-Łukacka M, Królak-Olejniak B, Orczyk-Pawilowicz M. Breast milk macronutrient components in prolonged lactation. *Nutrients* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2021 May 10];10(12). Available from: </pmc/articles/PMC6316538/>
78. Martín Martínez B. Estudio comparativo de la leche de mujer con las leches artificiales. *An Pediatr Monogr*. 2005;3(1):43–53.
79. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica. Editorial Médica Panamericana. Madrid; 2008. 456 p.
80. Bryant J, Thistle J. Anatomy, Colostrum. *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2019.
81. Jost T, Lacroix C, Braegger C, Chassard C. Impact of human milk bacteria and oligosaccharides on neonatal gut microbiota establishment and gut health. *Nutr Rev* [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2021 Apr 27];73(7):426–37. Available from: <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/73/7/426/1941833>

82. Khan S, Hepworth AR, Prime DK, Lai CT, Trengove NJ, Hartmann PE. Variation in fat, lactose, and protein composition in breast milk over 24 hours: Associations with infant feeding patterns. *J Hum Lact* [Internet]. 2013 Feb 13 [cited 2021 May 3];29(1):81–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334412448841>
83. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2002 May 8 [cited 2021 Mar 8];287(18):2365–71. Available from: <https://jamanetwork.com/>
84. Italianer MF, Naninck EFG, Roelants JA, van der Horst GTJ, Reiss IKM, van Goudoever JB, et al. Circadian variation in human milk composition, a systematic review [Internet]. Vol. 12, *Nutrients*. MDPI AG; 2020 [cited 2020 Sep 20]. p. 1–16. Available from: [www.mdpi.com/journal/nutrients](http://www.mdpi.com/journal/nutrients)
85. Kendall-Tackett K, Cong Z, Hale TW. The Effect of Feeding Method on Sleep Duration, Maternal Well-being, and Postpartum Depression. *Clin Lact* [Internet]. 2011 [cited 2019 Dec 24];2(2):22–6. Available from: [www.ClinicalLactation.org](http://www.ClinicalLactation.org)
86. Hausner H, Nicklaus S, Issanchou S, Mølgaard C, Møller P. Breastfeeding facilitates acceptance of a novel dietary flavour compound. *Clin Nutr*. 2010 Feb;29(1):141–8.
87. Forestell CA. Flavor Perception and Preference Development in Human Infants. *Ann Nutr Metab* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2021 Nov 28];70(3):17–25. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/478759>
88. Newburg DS. Innate immunity and human milk. In: *Journal of Nutrition* [Internet]. American Institute of Nutrition; 2005 [cited 2021 May 3]. p. 1308–12. Available from: <https://academic.oup.com/jn/article/135/5/1308/4664065>
89. Aguilar Cordero MJ, Baena García L, Sánchez López AM, Guisado Barrilao R, Hermoso Rodríguez E, Mur Villar N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática [Internet]. Vol. 33, *Nutricion Hospitalaria*. Grupo Aula Medica S.A.; 2016 [cited 2021 Feb 26]. p. 482–93. Available from: <http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>
90. James DCS, Lessen R. Position of the American Dietetic Association: promoting and supporting breastfeeding. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 2009 Nov 1 [cited 2021 Mar 19];109(11):1926–42. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002822309016071>
91. Spatz, Diane L. Lessen R. Los riesgos de no amamantar [Internet]. Asociación Internacional de Consultores en Lactancia. 2018 [cited 2020 Aug 3]. Available from: <file:///C:/Users/Cintia/Downloads/xdoc.mx-los-riesgos-de-no-amamantar.pdf>
92. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(1):15–21.
93. AAFP Advisory Committee. Family Physicians supporting breastfeeding [Internet]. American Academy of Family Physicians. 2012 [cited 2021 Mar 19]. p. 1–39. Available from: <https://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-position-paper.html>
94. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [cited 2021 May 12];15(8). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7154583/>
95. Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Rev Obstet Gynecol*. 2009;2(4):222–31.
96. Jansen S, Wasityastuti W, Astarini FD, Hartini S. Mothers' knowledge of breastfeeding and infant feeding types affect acute respiratory infections. *J Prev Med Hyg* [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2021 Feb 26];61(3):E401–8. Available from: [/pmc/articles/PMC7595061/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7595061/)



97. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and Health Outcomes for the Mother-Infant Dyad [Internet]. Vol. 60, *Pediatric Clinics of North America*. NIH Public Access; 2013 [cited 2021 Feb 26]. p. 31–48. Available from: [/pmc/articles/PMC3508512/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3508512/)
98. Toscano M, Grandi R De, Grossi E, Drago L. Role of the human breast milk-associated microbiota on the newborns' immune system: A mini review. *Front Microbiol* [Internet]. 2017 Oct 25 [cited 2021 Feb 27];8(OCT). Available from: [/pmc/articles/PMC5661030/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35661030/)
99. Su Q, Sun X, Zhu L, Yan Q, Zheng P, Mao Y, et al. Breastfeeding and the risk of childhood cancer: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Med* [Internet]. 2021 Dec 13 [cited 2021 May 11];19(1):1–23. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12916-021-01950-5>
100. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, et al. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics* [Internet]. 2009 Mar 1 [cited 2021 Feb 26];123(3):e406–10. Available from: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/)
101. Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Vol. 104, *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. Blackwell Publishing Ltd; 2015. p. 30–7.
102. Febo M, Numan M, Ferris CF. Functional magnetic resonance imaging shows oxytocin activates brain regions associated with mother-pup bonding during suckling. *J Neurosci* [Internet]. 2005 Dec 14 [cited 2021 Sep 24];25(50):11637–44. Available from: <https://www.jneurosci.org/content/25/50/11637>
103. Olza Fernández I, Marín M. Neurobiología del vínculo maternofilial : aplicaciones para la lactancia materna y /o artificial. *Curso Actual en Pediatr* [Internet]. 2014 [cited 2021 May 5];29–39. Available from: <https://studylib.es/doc/4429965/neurobiología-del-vínculo-maternofilial--aplicaciones-par>.
104. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, 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 Heal*. 2015 Apr 1;3(4):e199–205.
105. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics* [Internet]. 2009 Feb 1 [cited 2021 Sep 23];123(2):483–93. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/123/2/483>
106. Horta BL, Loret De Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 104, *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*. Blackwell Publishing Ltd; 2015 [cited 2021 Feb 23]. p. 14–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/apa.13139>
107. Tharner A, Luijk MPCM, Raat H, Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Moll HA, et al. Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2012 Jun [cited 2021 Feb 27];33(5):396–404. Available from: <https://journals.lww.com/00004703-201206000-00003>
108. Uvnäs-Moberg K, Petersson M. Oxytocin, a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing. Vol. 51, *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Vandenhoeck and Ruprecht GmbH and Co. KG; 2005. p. 57–80.
109. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Women's Heal* [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2021 Feb 19];22(4):352–61. Available from: [/pmc/articles/PMC3627433/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3627433/)

110. McNeil ME, Labbok MH, Abrahams SW. What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review [Internet]. Vol. 37, Birth. John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cited 2021 Mar 14]. p. 50–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2009.00378.x>
111. McInnes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: Qualitative synthesis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2008 May 1 [cited 2021 Jul 24];62(4):407–27. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2008.04618.x>
112. Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Hidalgo-Vega Á, Blanco-Rodriguez JM, Segura-Fragoso A. The Economic Influence of Breastfeeding on the Health Cost of Newborns. *J Hum Lact* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2021 Mar 4];35(2):340–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334418812026>
113. Baby I, Action F. Written contribution to the 2016 Day of General Discussion of the UN Committee on the Rights of the Child “ Children ’ s Right s and the Environment ”. 2018 [cited 2021 Mar 4];6736(15). Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRC/Discussions/2016/InternationalBabyFoodActionNetwork.pdf>
114. Messages KEY. Green Feeding – climate action from birth. 2019 [cited 2021 Mar 4];5–6. Available from: <https://www.gifa.org/international/green-feeding/>
115. Hernandez AR, VÍctora CG. Biopolitics for breastfeeding: An analysis of the global and local movements and their links to social development discourses. *Cad Saude Publica*. 2018;34(9).
116. Tully KP, Ball HL. Trade - offs underlying maternal breastfeeding decisions: a conceptual model. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2013 Jan [cited 2021 Aug 9];9(1):90. Available from: </pmc/articles/PMC3746010/>
117. Reid J, Schmied V, Sheehan A, Fenwick J. “Be our guest”: Challenges and benefits of using “family conversations” to collect qualitative data about infant feeding and parenting. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2021 Oct 23];23(17–18):2404–13. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.12224>
118. Li R, Magadia J, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Risk of bottle-feeding for rapid weight gain during the first year of life. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012 May;166(5):431–6.
119. Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre lactancia Materna. [Internet]. Asociacion Española de Pediatría. 2012 [cited 2021 Feb 19]. p. 25. Available from: <http://aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>
120. Grueger B. Weaning from the breast. *Paediatr Child Heal*. 2013;18(4):210.
121. Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N. The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 21, Journal of the Turkish German Gynecology Association. Turkish German Gynecological Association; 2020 [cited 2021 Nov 18]. p. 46–56. Available from: </pmc/articles/PMC7075405/>
122. OPAS. Organización Panamericana de la Salud. El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo. Washington D.C. Ginebra OMS [Internet]. 2010 [cited 2021 Nov 8];43(Lm):380–6. Available from: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Resumentecnico.pdf>

123. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants [Internet]. Vol. 2016, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2016 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/full>
124. Cardoso K. I, Toso M. P, Valdés L. V, Cerda L. J, Manríquez T. V, Paiva C. G. Introducción precoz de sustitutos de lactancia materna e incidencia de lactancia materna exclusiva al mes de vida. *Rev Chil Pediatr*. 2010 Aug;81(4):326–32.
125. Bergman NJ. The neuroscience of birth--and the case for Zero Separation. *Curationis*. 2014 Nov 28;37(2):e1–4.
126. OMS. Cuidados En El Parto Normal [Internet]. Vol. 18, OMS. 1996 [cited 2021 May 7]. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
127. Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de salud de las mujeres. Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el SNS [Internet]. Vol. 54, *Annals of Physics*. 2012 [cited 2021 May 8]. Available from: [https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN\\_revision8marzo2015.pdf](https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf)
128. Moore E, Bergman N, Anderson G, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants ( Review ) Summary of findings for the main comparison. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;5(11).
129. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn LM. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics* [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2021 May 6];130(1):54–60. Available from: [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3633](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3633)
130. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med* [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2021 May 6];10(2):84–91. Available from: [/pmc/articles/PMC4352698/](http://pmc/articles/PMC4352698/)
131. Parry JE, Ip DKM, Chau PYK, Wu KM, Tarrant M. Predictors and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lact* [Internet]. 2013 Nov 25 [cited 2021 May 6];29(4):527–36. Available from: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334412474719?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0890334412474719?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)
132. Safari K, Saeed AA, Hasan SS, Moghaddam-Banaem L. The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2018 Jul 16 [cited 2021 May 6];13(1):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0174-9>
133. Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr* [Internet]. 2009 [cited 2021 May 8];71(4):349–61. Available from: [www.elsevier.es/anpediatr](http://www.elsevier.es/anpediatr)
134. Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, del Pozo Ayuso ML, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: El LATCH. *Análisis de fiabilidad*. *Index Enferm*. 2008;17(3).
135. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting. [Internet]. Washington. 2007. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44306/?sequence=1>

136. Organización Mundial de Salud. 54<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. In: 54<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud Resoluciones y Decisiones [Internet]. Ginebra: American Public Health Association; 1979 [cited 2020 Oct 24]. p. 139. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260188/WHA54-2001-REC1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
137. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* [Internet]. 2005 Feb 1 [cited 2021 Jul 15];115(2):496–506. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/115/2/496>
138. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Mis NF, et al. Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;64(1):119–32.
139. OMS. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna. *Who.int* [Internet]. 2017;(4):1–8. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.7\\_spa.pdf;jsessionid=696FB5207FA89A9BD35D2A1F4F3FBD84?sequence=1%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.7\\_spa.pdf;jsessionid=CAB2BF39C3AFEF86A3F323DC06F](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf;jsessionid=696FB5207FA89A9BD35D2A1F4F3FBD84?sequence=1%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf;jsessionid=CAB2BF39C3AFEF86A3F323DC06F)
140. Pannaraj PS, Li F, Cerini C, Bender JM, Yang S, Rollie A, et al. Association Between Breast Milk Bacterial Communities and Establishment and Development of the Infant Gut Microbiome. *JAMA Pediatr*. 2017 Jul 1;171(7):647.
141. Kaczmarczyk M, Löber U, Adamek K, Węgrzyn D, Skonieczna-Żydecka K, Malinowski D, et al. The gut microbiota is associated with the small intestinal paracellular permeability and the development of the immune system in healthy children during the first two years of life. *J Transl Med* [Internet]. 2021 Dec 28 [cited 2021 May 9];19(1):177. Available from: <https://translational-medicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12967-021-02839-w>
142. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Nota Técnica Encuesta Nacional de Salud. España 2017 Principales resultados [Internet]. España; 2018 [cited 2019 Dec 11]. Available from: [https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/E\\_NSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/E_NSE2017_notatecnica.pdf)
143. León-Cava N, Ross J, Lutter C, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. *Food Nutr Progr Pan Am Heal Organ* [Internet]. 2002 [cited 2020 Jul 12];177. Available from: [www.breastfeeding.com](http://www.breastfeeding.com).
144. Jones KM, Power ML, Queenan JT, Schulkin J. Racial and ethnic disparities in breastfeeding [Internet]. Vol. 10, *Breastfeeding Medicine*. Mary Ann Liebert Inc.; 2015 [cited 2020 Oct 21]. p. 186–96. Available from: [/pmc/articles/PMC4410446/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26110446/)
145. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en castilla y león. *Pediatr Aten Primaria*. 2011;13(49):33–46.
146. Brockway M, Venturato L. Breastfeeding beyond infancy: a concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2021 May 10];72(9):2003–15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13000>
147. Dowling S, Brown A. An Exploration of the Experiences of Mothers Who Breastfeed Long-Term: What Are the Issues and Why Does It Matter? *Breastfeed Med* [Internet]. 2013 Feb 1 [cited 2021 Aug 9];8(1):45–52. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2012.0057>

148. Cockerham-Colas L, Geer L, Benker K JM. Exploring and influencing the knowledge and attitudes of health professionals towards extended breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2012 Jun 1;7(3):143–50.
149. Dettwyler KA. When to wean: Biological versus cultural perspectives. In: *Clinical Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2004 [cited 2020 Apr 11]. p. 712–23. Available from: <http://journals.lww.com/00003081-200409000-00024>
150. Dettwyler KA. A Time to Wean: The Hominid Blueprint for the Natural Age of Weaning in Modern Human Populations. 1<sup>a</sup>. Stuart-Macadam, Dettwyler K, editors. *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*. Nueva York: Aldine de Gruyter; 1995. pp. 39-74.
151. Rodríguez García R. Aproximación Antropológica a la Lactancia Materna. *Rev Antropol Experimental* [Internet]. 2015;15(23):407–29. Available from: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>
152. Nelson AM. Toward a situation-specific theory of breastfeeding. *Res Theory Nurs Pract.* 2006;20(1):9–27.
153. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* [Internet]. 2008 Oct 1 [cited 2021 Aug 9];122(SUPPL. 2):S69–76. Available from: [https://pediatrics.aappublications.org/content/122/Supplement\\_2/S69](https://pediatrics.aappublications.org/content/122/Supplement_2/S69)
154. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit.* 2015 Jan 1;29(1):4–9.
155. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Maintenance of exclusive breastfeeding after three months postpartum: An experience in a health department of a Valencian Community. *Aten Primaria.* 2019 Feb 1;51(2):91–8.
156. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN. *An Pediatr.* 2018;89(1):32–43.
157. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS, Butt J. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Matern Child Health J* [Internet]. 2011 Feb 14 [cited 2020 Oct 24];15(2):260–8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-009-0554-2>
158. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2021 Oct 24];112(3 Pt 1):607–19. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/112/3/607>
159. Jacobo NM, Estefanía L, Rojas Vázquez G, Yolanda D, Barretero R, Luis Y, et al. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. *Nutr Hosp.* 2015;32(6):2618–21.
160. Villar M, Santa-Marina L, Murcia M, Amiano P, Gimeno S, Ballester F, et al. Social Factors Associated with Non-initiation and Cessation of Predominant Breastfeeding in a Mother–Child Cohort in Spain. *Matern Child Health J* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 26];22(5):725–34. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2441-1>
161. Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery.* 2009 Apr 1;25(2):187–94.

162. Bookhart LH, Joyner AB, Lee K, Worrell N, Jamieson DJ, Young MF. Moving Beyond Breastfeeding Initiation: A Qualitative Study Unpacking Factors That Influence Infant Feeding at Hospital Discharge Among Urban, Socioeconomically Disadvantaged Women. *J Acad Nutr Diet*. 2021 Mar 11;121(9):1704–20.
163. Hernáiz Gómez L, Saiz Puente MS. *La vía láctea. Historia cultura y anécdotas de la lactancia*. Madrid: OBERON; 2011. 360 p.
164. Ministerio de Salud de Argentina. Situación de la lactancia materna en Argentina. [Internet]. Vol. 12, Parainfo Digital. 2011 [cited 2020 Oct 27]. Available from: <http://www.index-f.com/para/n11-12/075d.php>
165. Colodro-Conde L, Sánchez-Romera JF, Tornero-Gómez MJ, Pérez-Riquelme F, Polo-Tomás M, Ordoñana JR. Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: Breastfeeding trends over a 40-year period in Spain. *J Hum Lact*. 2011;27(3):272–8.
166. Fomon SJ. Infant Feeding in the 20th Century: Formula and Beikost. *J Nutr* [Internet]. 2001 [cited 2020 Apr 12];131(2):409S-420S. Available from: <https://academic.oup.com/jn/article/131/2/409S/4686955>
167. Hernáiz L, Saiz MS. *Vida láctea. Historia Cultura y Anecdótica de la Lactancia*. ANAYA, editor. 2020. 352 p.
168. Caamaño Rojo E. Mujer y trabajo: origen y ocaso del modelo del padre proveedor y la madre cuidadora. *Rev derecho*. 2010;(34):179–209.
169. Position Statement on Breastfeeding Applies to Position statement [Internet]. [cited 2021 Mar 19]. Available from: [www.breastfeeding.asn.au](http://www.breastfeeding.asn.au)
170. Busch DW, Silbert-Flagg JA, Ryngaert M, Scott A. NAPNAP Position Statement on Breastfeeding: National Association of Pediatric Nurse Practitioners, Breastfeeding Education Special Interest Group,. *J Pediatr Heal Care* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2021 Mar 19];33(1):A11–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891524512001873>
171. American Public Health Association. A Call to Action on Breastfeeding A Fundamental Public Health Issue A Call to Action on Breastfeeding : A Fundamental Public Health Issue. *Public Heal Policy Statements* [Internet]. 2007 [cited 2021 Mar 19];(9):7–13. Available from: <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/29/13/23/a-call-to-action-on-breastfeeding-a-fundamental-public-health-issue>
172. Becerra Bulla F, Rocha-Calderón L, Milena Fonseca-Silva D, Bermúdez-Gordillo LA. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev la Fac Med*. 2015;63(2):217–27.
173. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries [Internet]. Vol. 11, *BMC Public Health*. BioMed Central; 2011 [cited 2021 Mar 3]. p. S24. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-S3-S24>
174. Renfrew MJ, McFadden A, Dykes F, Wallace LM, Abbott S, Burt S, et al. Addressing the learning deficit in breastfeeding: Strategies for change. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2006 Oct 1 [cited 2021 Mar 3];2(4):239–44. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1740-8709.2006.00068.x>
175. García Vera C, Esparza Olcina M. Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evidencias en pediatría*. 2009;5:16.

176. Negin J, Coffman J, Vizintin P, Raynes-Greenow C. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0880-5>
177. Gil Estevan M, Solano-Ruiz Mc. Las enfermeras opinan: mujeres gitanas, lactancia materna y cuidados de enfermería en Atención Primaria. 2017;
178. Bernie K. The factors influencing young mothers' infant feeding decisions: The views of healthcare professionals and voluntary workers on the role of the baby's maternal grandmother. *Breastfeed Med*. 2014 Apr 1;9(3):161–5.
179. Hurley KM, Black MM, Merry BC, Caulfield LE. Maternal mental health and infant dietary patterns in a statewide sample of Maryland WIC participants. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2021 Aug 12];11(2):229–39. Available from: <https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12004>
180. Avery A, Zimmermann K, Underwood PW, Magnus JH. Confident commitment is a key factor for sustained breastfeeding. *Birth* [Internet]. 2009 Jun 1 [cited 2021 Feb 23];36(2):141–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2009.00312.x>
181. Brown CRL, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Heal* [Internet]. 2014 May 1 [cited 2021 Feb 23];105(3):e179–85. Available from: <https://link.springer.com/article/10.17269/cjph.105.4244>
182. Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr*. 2014 Jan 1;80(1):6–15.
183. de Almeida JM, de Araújo Barros Luz S, da Veiga Ued F. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr (English Ed)* [Internet]. 2015;33(3):355–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.06.016>
184. Yang SF, Salamonson Y, Burns E, Schmied V. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: A systematic review [Internet]. Vol. 13, *International Breastfeeding Journal*. BioMed Central; 2018 [cited 2021 Aug 17]. p. 1–11. Available from: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-018-0153-1>
185. Oliver Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. España. 2012.
186. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. Breastfeeding. How to promote and support breastfeeding in pediatric practice. Recommendations of the Breastfeeding Committee of the Spanish Association of Pediatrics. *An Pediatr* [Internet]. 2005 Oct 1 [cited 2021 May 26];63(4):340–56. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-la-lactancia-materna-como-promover-articulo-13079817>
187. Julio O. Política e Instrucciones de Nestlé para la Aplicación del Código Internacional de la OMS para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. 2010 [cited 2021 May 25]; Available from: [www.nestle.com/MediaCenter/MediaLibrary/Documents](http://www.nestle.com/MediaCenter/MediaLibrary/Documents).
188. Sharfstein JM, Silver DL. Relationship between the American academy of pediatrics and infant formula companies [Internet]. Vol. 171, *JAMA Pediatrics*. American Medical Association; 2017 [cited 2020 Jul 14]. p. 613–4. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2624070>

189. Abrahams SW. Milk and social media: Online communities and the international code of marketing of breast-milk substitutes. *J Hum Lact* [Internet]. 2012 Jun 6 [cited 2021 Aug 21];28(3):400–6. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0890334412447080>
190. Vallone F. Pequeños grandes clientes: la publicidad de sucedáneos de la leche materna en dos revistas pediátricas de Argentina entre 1977 y 2006. *Salud Colect.* 2009;5(1):87–105.
191. Díaz-Gómez M, 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:e40016.
192. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. The family and breastfeeding environment of the mother as a factor that promotes or hinders. *Rev Fac Med* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 18];63(2):217–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
193. Save The Children. Why the formula milk industry must clean up its act. *Save Child* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 14];1–54. Available from: <https://www.savethechildren.org.uk/content/dam/gb/reports/health/dont-push-it.pdf>
194. Pérez-Escamilla R, Martínez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2020 Oct 25];12(3):402–17. Available from: </pmc/articles/PMC6860129/?report=abstract>
195. Munn AC, Newman SD, Mueller M, Phillips SM, Taylor SN. The Impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Infant Health and Breastfeeding Outcomes. *Breastfeed Med.* 2016;11(5):222–30.
196. Rosa Pallás Alonso C, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Jesús Esparza Olcina M, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2019;21:191–201.
197. Aparicio-Rodrigo M, Balaguer-Santamaría A. Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva. *Evidencias en Pediatría* [Internet]. 2007 [cited 2020 Oct 15];3(93):2005–7. Available from: [http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007\\_numero\\_4/pdf/2007\\_vol3\\_numero4.6.pdf](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_4/pdf/2007_vol3_numero4.6.pdf)
198. Morales-Gómez P, Martínez-Nava S, Hernández-Martínez J. Experiencia de la lactancia materna en el Hospital Médica Sur del año 1999 al año 2008. *Médica Sur* [Internet]. 2011 [cited 2021 May 22];18(4):163–7. Available from: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=17&IDARTICULO=42017&IDPUBLICACION=4387>
199. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. preventive services task force. Vol. 149, *Annals of Internal Medicine.* American College of Physicians; 2008. p. 565–82.
200. Baztán Arrastia I, Ortega I, Armendáriz Y, Barace E. Evolución de la lactancia materna en la población que atiende el Centro de Salud de Mendillorri. *An Sist Sanit Navar.* 2009;32(1):43–9.
201. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 104, *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics.* Blackwell Publishing Ltd; 2015 [cited 2020 Oct 26]. p. 114–35. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.13127>



202. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res* [Internet]. 2010 May [cited 2021 Aug 14];59(3):194–202. Available from: [https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/2010/05000/The\\_Benefits\\_of\\_Antenatal\\_Education\\_for\\_the.7.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/2010/05000/The_Benefits_of_Antenatal_Education_for_the.7.aspx)
203. Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F. Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth* [Internet]. 2011 Mar [cited 2019 Dec 15];38(1):49–60. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2010.00446.x>
204. Cardenas MH, Montes E, Varon M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. *Enfermería Glob*. 2010;(20).
205. Macdonald PD, Ross SRM, Grant L, Young D. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 2003 [cited 2021 Jul 27];88(6). Available from: [www.archdischild.com](http://www.archdischild.com)
206. Brown A. Breastfeeding as a public health responsibility: a review of the evidence. *J Hum Nutr Diet* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2021 Jul 26];30(6):759–70. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jhn.12496>
207. Mcfadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
208. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Biblioteca sede OPS: Washington DC; 2010. 2004. 447 p.
209. Grawey AE, Marinelli KA, Holmes A V. ABM Clinical Protocol #14: Breastfeeding-Friendly Physician's Office: Optimizing Care for Infants and Children, Revised 2013. 2013;
210. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
211. Hernández Pérez MC, Díaz-Gómez NM, Romero Manzano AM, Díaz Gómez JM, Rodríguez Pérez V, Jiménez Sosa A. Eficacia de una intervención para mejorar conocimientos y actitudes sobre lactancia materna en adolescentes. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92:e201806033.
212. Gribble KD. "As good as chocolate" and "better than ice cream": How toddler, and older, breastfeeders experience breastfeeding. *Early Child Dev Care* [Internet]. 2009 Dec [cited 2021 Sep 23];179(8):1067–82. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03004430701764176>
213. González JS. La naturaleza histórica y dialéctica de los procesos de globalización-glocalización y su incidencia en la cultura de los cuidados. *Index Enferm*. 2010;19(2–3):162–6.
214. Macías Reyes R. Factores Culturales y Desarrollo Cultural Comunitario. Reflexiones desde la Práctica. *J Chem Inf Model*. 2019;53(9):1689–99.
215. Fontdevila DF. Madeleine Leininger: Claroscuro transcultural. *Index Enferm*. 2010;19(2–3):172–6.

216. Ministerio de trabajo e Inmigración. II Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración [Internet]. 2011 [cited 2020 Aug 21]. Available from: [https://www.fundacionlengua.com/extra/descargas/des\\_38/INMIGRACION/II-Plan-Estrategico-Ciudadania-e-Integracion.pdf](https://www.fundacionlengua.com/extra/descargas/des_38/INMIGRACION/II-Plan-Estrategico-Ciudadania-e-Integracion.pdf)
217. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020. 2014;66. Available from: [https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/WEB\\_POBLACION\\_GITANA\\_2012.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/WEB_POBLACION_GITANA_2012.pdf)
218. García García C. Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios [Internet]. 2006. 86 p. Available from: [www.gitanos.org](http://www.gitanos.org)
219. Aiello E, Flecha A, Serradell O. Exploring the barriers: A qualitative study about the experiences of mid-SES Roma navigating the Spanish healthcare system. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2).
220. Montañés Alvarez P. Una aproximación a la realidad de las mujeres gitanas desde la perspectiva de género. *Acciones e Investig Soc*. 2013;(29):87–104.
221. Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad. Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la encuesta del CIS a hogares de población gitana 2007 [Internet]. 2011. Available from: [https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/diagnosticosocial\\_autores.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/diagnosticosocial_autores.pdf)
222. Laparra M. Situación social y tendencias de cambio en la Comunidad Gitana Una aproximación a partir de tres proyectos de investigación. *Minist Trab y Asuntos Soc* [Internet]. 2009 [cited 2021 Feb 6];73. Available from: [https://www.gitanos.org/centro\\_documentacion/documentos/fichas/97322.html.es](https://www.gitanos.org/centro_documentacion/documentos/fichas/97322.html.es)
223. INE. Población por provincias, edad Españoles/Extranjeros, Sexo y Año. [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 10]. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=03002.px>
224. INE. INEbase / Demografía y población / Fenómenos demográficos / Estadística de migraciones / Últimos datos [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 4]. Available from: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177000&menu=ultiDatos&idp=1254735573002](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177000&menu=ultiDatos&idp=1254735573002)
225. Consejo Económico y Social de España. La Inmigración En España: Efectos y Oportunidades [Internet]. 2019. Available from: <http://www.ces.es/documents/10180/5209150/Inf0219.pdf>
226. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. Global healthcare use by immigrants in Spain according to morbidity burden, area of origin, and length of stay. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 May 27 [cited 2021 Sep 11];16(1):1–10. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3127-5>
227. Vall-Llosera Casanovas L, Saurina Canals C, Saez Zafra M. Inmigración y salud: necesidades y utilización de los servicios de atención primaria por parte de la población inmigrante en la región sanitaria Girona. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;82(2):291–307.
228. Valverde Pareja M, Ortiz Zurita A, Martín Márquez A, Ruiz Mateos AM, Jerónimo Franco I, Martínez de la Ossa R, et al. Atención en el parto en la mujer inmigrante; características sociodemográficas y de comportamiento en función de la procedencia de la paciente. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2021 Sep 13];42(2):50–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-atencion-el-parto-mujer-inmigrante-S0210573X1300110X>

229. Ortiz Villanueva ML. Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres [Internet] [Tesis doctoral]. [Alcalá de Henares]: Universidad de Alcalá; 2014 [cited 2021 Oct 4]. Available from: [https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/22477/Tesis M<sup>a</sup> Lourdes Ortiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/22477/Tesis%20M%20Lourdes%20Ortiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
230. Macipe Costa RM, Gimeno Feliu LA. Competencia cultural y población inmigrante: Un reto cotidiano en nuestras consultas. Vol. 13, *Pediatría de Atención Primaria*. 2011. p. 299–319.
231. Monterroso A. Introducción : la Mujer Gitana Hoy. 2003;9–16.
232. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity rethinking the concept [Internet]. Vol. 19, *Gender and Society*. 2005 [cited 2021 Dec 14]. p. 829–59. Available from: </record/2005-13748-007>
233. Roberts TJ, Carnahan E, Gakidou E. Can breastfeeding promote child health equity? A comprehensive analysis of breastfeeding patterns across the developing world and what we can learn from them. *BMC Med* [Internet]. 2013 Dec 4 [cited 2020 Oct 27];11(1):254. Available from: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-254>
234. Andina-Díaz E, Martins MFSV, Siles-González J. Creencias y prácticas alimentarias en embarazo y puerperio: aplicación del Modelo de Tradiciones de Salud. *Enferm Glob*. 2021;20(1):110–21.
235. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. *Enferm Clin*. 2019 Jul 1;29(4):207–15.
236. García García N, Fernández Gutiérrez P. Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital ihan. *Metas de Enfermería*. 2018 Feb;21.
237. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: Updated methodology [Internet]. Vol. 52, *Journal of Advanced Nursing*. John Wiley & Sons, Ltd; 2005 [cited 2020 Aug 19]. p. 546–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
238. Brown A, Raynor P, Lee M. Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2011 Sep 1 [cited 2021 Aug 31];67(9):1993–2003. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2011.05647.x>
239. Las Heras Moreno D, Miranda L, Lucía C, Begines D, Durán R, José M, et al. Lactancia e interculturalidad: estudio comparativo del éxito y la adherencia de la lactancia materna entre la población autóctona e inmigrante dentro de un mismo contexto deprimido. *Bibl Lascasas* [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 29];10(3). Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0791.pdf>
240. Dennis CL, Shiri R, Brown HK, Santos HP, Schmied V, Falah-Hassani K. Breastfeeding rates in immigrant and non-immigrant women: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 15, *Maternal and Child Nutrition*. Blackwell Publishing Ltd; 2019 [cited 2020 Aug 13]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12809>
241. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Segunda Encuesta Nacional de Salud a Población Gitana 2014. 2016;1–256.
242. La Parra Casado D. Hacia la equidad en salud. Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) Fundación Secretariado Gitano (FSG). 2009 [cited 2019 Dec 9]. Available from: [http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdad Salud/docs/equidadSalud\\_05Mayo.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/equidadSalud_05Mayo.pdf)

243. Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit.* 2003;17(Supl.3):02–8.
244. Stamenkovic Z, Matejic B, Djikanovic B, Bjegovic-Mikanovic V. Surprising Differences in the Practice of Exclusive Breastfeeding in Non-Roma and Roma Population in Serbia. *Front Public Heal* [Internet]. 2020 Jun 30 [cited 2020 Aug 27];8:277. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2020.00277/full>
245. Gutierrez G. Factores Fisiológicos y Sociales que Influyen en el éxito de la Lactancia Materna. *Univ del País Vasco* [Internet]. 2015;2(3):1–264. Available from: [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19879/TESIS\\_GUTIERREZ DE TERAN\\_MORENO\\_GLORIA.pdf?sequence=1](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19879/TESIS_GUTIERREZ_DE_TERAN_MORENO_GLORIA.pdf?sequence=1)
246. Sastre Gussoni E, Miranda León MT, Muñoz Hoyos A, Galdó Muñoz G. Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina. *An Esp Pediatr* [Internet]. 2000 [cited 2021 Oct 1];53(3):223–8. Available from: <https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403300774479>
247. Pinkney K. The practice and attitudes of gypsy and traveller women towards early infant feeding. *Community Pract* [Internet]. 2012 Jul 1 [cited 2020 Aug 19];85(7):26–9. Available from: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&issn=14622815&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA326505579&sid=googleScholar&linkaccess=fulltext>
248. García-Algar O, Gálvez F, Gran M, Delgado I, Boada A, Puig C, et al. Hábitos alimentarios de niños menores de 2 años según el origen étnico de los progenitores en un área urbana de Barcelona. *An Pediatr* [Internet]. 2009 Mar 1 [cited 2020 Oct 18];70(3):265–70. Available from: <https://www.analesdepediatría.org/es-habitos-alimentarios-ninos-menores-2-articulo-S1695403308000726>
249. Quinn EMC, Gallagher L, de Vries J. A qualitative exploration of breastfeeding support groups in Ireland from the women’s perspectives. *Midwifery.* 2019 Nov 1;78:71–7.
250. Soriano-Vidal FJ, Vila-Candel R, Soriano-Martín PJ, Tejedor-Tornero A, Castro-Sánchez E. The effect of prenatal education classes on the birth expectations of Spanish women. *Midwifery.* 2018 May 1;60:41–7.
251. Fésüs G, Östlin P, McKee M, Ádány R. Policies to improve the health and well-being of Roma people: The European experience. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2012;105(1):25–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.12.003>
252. Gutiérrez Sastre M. Estilos de vida de la comunidad gitana [Internet]. 2008 [cited 2021 Sep 4]. Available from: <https://www.gitanos.org/publicaciones/estilosdevida/>
253. Kvaavik E, Batty GD, Ursin G, Huxley R, Gale CR. Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: The United Kingdom Health and Lifestyle Survey. *Arch Intern Med* [Internet]. 2010 Apr 26 [cited 2021 Aug 10];170(8):711–8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/415827>
254. Ruiz Chércoles E. Lactancia materna en mujeres gitanas. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 10];(30):194.:1–83. Available from: [https://pap.es/files/1116-3026-pdf/03\\_Lactancia\\_gitanas.pdf](https://pap.es/files/1116-3026-pdf/03_Lactancia_gitanas.pdf)
255. Deoni SCL, Dean DC, Piryatinsky I, O’Muircheartaigh J, Waskiewicz N, Lehman K, et al. Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neuroimage.* 2013 Nov 5;82:77–86.

256. FundaciónSecretariadoGeneralGitano. Salud y Comunidad Gitana. 2006. 66 p.
257. Gil Urquiza MT. Factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria. 2017;1.
258. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar. ENSE Encuesta Nacional de Salud Española 2017 [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 22]. Available from: <http://www.infocoponline.es/pdf/ENSE17.pdf>
259. World Health Organization. Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition. World Heal Organ [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 19];24. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.1\\_eng.pdf;jsessionid=AC1DE448C6DF83F2C0C95711294E8908?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf;jsessionid=AC1DE448C6DF83F2C0C95711294E8908?sequence=1)
260. Ministerio de Sanidad y Consumo.INE/Instituto Nacional de Estadística. Estilos de Vida (distribución porcentual) [Internet]. [cited 2021 Feb 22]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/EstilosVidaPorcentaje.pdf>
261. ¿Como ser Centro de Salud IHAN? [Internet]. IHAN. 2016 [cited 2020 Feb 8]. Available from: <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-centro-de-salud-ihan/>
262. Stake Robert E. Investigación con estudio de casos. Javier Morata, editor. Góndola, enseñanza y Aprendiz las ciencias [Internet]. Segunda. 2015 [cited 2021 Dec 16];10(2):99–104. Available from: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Investigacion-con-estudios-de-caso.pdf>
263. Da Silveira Donaduzzi DS, Colomé Beck CL, Heck Weiller T, Nunes da Silva Fernandes M, Viero V. Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index Enferm*. 2015;24(1–2):71–5.
264. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 5th ed. Universidad de Deusto, editor. Bilbao; 2009. 342 p.
265. Global Breastfeeding Collective, UNICEF, World Health Organization (WHO). Compendium of skilled breastfeeding counselling case studies. [Internet]. 2020. Available from: [https://www.unicef.org/globalbreastfeedingcollective/media/1596/file/Compendium\\_of\\_Skilled\\_Breastfeeding\\_Counselling\\_Case\\_Studies.pdf](https://www.unicef.org/globalbreastfeedingcollective/media/1596/file/Compendium_of_Skilled_Breastfeeding_Counselling_Case_Studies.pdf)
266. Centro de Investigaciones de UNICEF. Construir el futuro. Los niños y los objetivos de desarrollo sostenible en los países ricos. [Internet]. Report Card n° 14 de Innocenti. 2017 [cited 2021 Nov 8]. Available from: [https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/RC14\\_Sp.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/RC14_Sp.pdf)
267. Gerd AT, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J, Alm B. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr Int J Paediatr* [Internet]. 2012 Jan [cited 2019 Dec 29];101(1):55–60. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1651-2227.2011.02405.x>
268. Oliver-Roig A, Chulvi-Alabort V, López-Valero F, Lozano-Dura MS, Seva-Soler C, Pérez-Hoyos S. Critical moments for weaning in a 6-month follow-up study. *Enfermería clínica*. 2008;18(6):317–20.
269. Roig, Antoni Oliver; Martínez, Miguel Richart; Cabrero García, Julio; Pérez Hoyos, Santiago; Laguna Navidad, Ginesa; Flores Álvarez, Juan Carlos; Calatayud Pujalte, María del Mar; García de León González, RicardoRoig, Antoni Oliver; Martínez, Miguel Richa R. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2020 Aug 1];18(3):373–80. Available from: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

270. Janevic T, Petrovic O, Bjelic I, Kubera A. Risk factors for childhood malnutrition in Roma settlements in Serbia. *BMC Public Health* [Internet]. 2010 Aug 22 [cited 2021 Nov 24];10(1):1–8. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-509>
271. Iglesias J, Botella T, Rúa A, Mielgo C, Caro R. Estudios sobre la situación laboral de la mujer inmigrante en España. *Organ Int para las Migr* [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 15];110. Available from: [http://www.spain.iom.int/sites/default/files/Estudio\\_Sobre\\_la\\_Situacion\\_Laboral\\_de\\_la\\_Mujer\\_Inmigrante\\_OIM\\_2015.pdf](http://www.spain.iom.int/sites/default/files/Estudio_Sobre_la_Situacion_Laboral_de_la_Mujer_Inmigrante_OIM_2015.pdf)
272. Dirección General de Salud Pública., Asociación Gitana UNGA. I Encuesta de Salud Infantil. Comunidad Gitana Asturiana. 2014 [cited 2021 Jun 19]; Available from: <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/9567/1/Archivo.pdf>
273. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez M de la L, Alonso-Rivera CG, López-Navarrete GE, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos [Internet]. Vol. 73, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Elsevier; 2016 [cited 2021 Aug 2]. p. 338–56. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-consenso-practicas-alimentacion-complementaria-lactantes-S1665114616301022>
274. Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Logan A, Groome A, Cunha S, Chivinge J, et al. Timing of allergenic food introduction to the infant diet and risk of allergic or autoimmune disease a systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 316, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2016 [cited 2021 Nov 28]. p. 1181–92. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2553447>
275. Ferreira TDM, Piccioni LD, Queiroz PHB, Silva EM, Vale IN do. Influence of grandmothers on exclusive breastfeeding: cross-sectional study. *Einstein (Sao Paulo)* [Internet]. 2018 Nov 8 [cited 2021 Jul 21];16(4):eAO4293. Available from: </pmc/articles/PMC6223949/>
276. O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs* [Internet]. 2008 Aug 1 [cited 2021 Aug 5];63(4):397–408. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2008.04722.x>
277. García-Bautista M. Participación paterna y prácticas de lactancia materna exclusiva. *Dilemas Contemp Educ política y valores*. 2021 Feb 1;8(SPE1):00020.
278. Nabulsi M. Why are breastfeeding rates low in Lebanon? a qualitative study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2011 Aug 30 [cited 2021 Jul 9];11(1):1–6. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-11-75>
279. Gorrita Pérez RR, Ortiz Reyes D, Alfonso Hernández L. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Rev Cubana Pediatr*. 2016;88(1):43–54.
280. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2008 Dec [cited 2021 Jul 27];40(4):355–63. Available from: </pmc/articles/PMC4508856/>
281. Moro Da Dalt L. Guía para la promoción personal de las mujeres gitanas: perspectiva psico-emocional y desarrollo profesional. 47. Madrid; 2009.
282. Perales Martínez JI, Pina Marqués B. Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores. *Pediatr Aten Primaria*. 2017;19(76):337–44.
283. Australian Breastfeeding Association. Weaning toddlers [Internet]. Breastfeeding information. Australian Breastfeeding Association; 2020 [cited 2021 Sep 23]. Available from: <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/weaning-toddlers>

284. Padró A. *Somos la leche*. 4th ed. Grijalbo, editor. Barcelona; 2020. 233 p.
285. Lawrence, R. A. Lawrence RM. *Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica*. Sexta edic. 2007. 1230 p.
286. van Veldhuizen-Staas CGA. Overabundant milk supply: An alternative way to intervene by full drainage and block feeding. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2007 Aug 29 [cited 2021 Jun 16];2(1):1–5. Available from: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/2/1/11>
287. Baker JL, Gamborg M, Heitmann BL, Lissner L, Sørensen TIA, Rasmussen KM. Breastfeeding reduces postpartum weight retention. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2008 Dec 1 [cited 2021 Jun 18];88(6):1543–51. Available from: <https://academic.oup.com/ajcn/article/88/6/1543/4617121>
288. Asociación Española de Pediatría. *Lactancia materna en situaciones de riesgo de malnutrición materno-infantil* [Internet]. Comunicado del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. 2014 [cited 2021 Jun 19]. Available from: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/noticias/comunicado-comite-lactancia-materna-aep-sobre>
289. Belintxon-Martín M, Zaragüeta MC, Adrián MC, López-Dicastillo O. Initiating breastfeeding: Experiences of first-time mothers. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(3):409–18.
290. Rempel LA, Rempel JK. The breastfeeding team: The role of involved fathers in the breastfeeding family. *J Hum Lact*. 2011;27(2):115–21.
291. Thomson G, Balaam MC, Hymers K. Building social capital through breastfeeding peer support: Insights from an evaluation of a voluntary breastfeeding peer support service in North-West England. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2015 Apr 2 [cited 2021 Oct 3];10(1):1–14. Available from: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-015-0039-4>
292. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, et al. Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients* [Internet]. 2019 Sep 20 [cited 2021 Jul 27];11(10):2266. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/10/2266/htm>
293. Moreno- Zavaleta MT, Granada- Echeverri P. Binding interactions in the childcare system. *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv* [Internet]. 2014 Mar 11 [cited 2021 Oct 23];12(1):121–39. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
294. Amir LH. ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med* [Internet]. 2014 Jun 1 [cited 2021 Sep 29];9(5):239–43. Available from: </pmc/articles/PMC4048576/>
295. Bailey C, Pain RH, Aarvold JE. A “give it a go” breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers. *Midwifery*. 2004 Sep;20(3):240–50.
296. Boyer K. Affect, corporeality and the limits of belonging: Breastfeeding in public in the contemporary UK. *Heal Place*. 2012 May 1;18(3):552–60.
297. Jiménez Amador Y, Carbonel Jiménez C, Jiménez Echeverría M, Carbonel Hernández A, Hernández Jiménez A, Jiménez Hernández F., et al. Estudio sobre las mujeres gitanas en Navarra [Internet]. 2004 [cited 2021 Aug 10]. Available from: <https://www.navarra.es/NR/ronlyres/D4DFA3BA-F54F-40DE-8C5F-9F24A003868E/234046/estudiomujergitanaysalud.pdf>.



## 12 – ANEXOS

---



## ANEXOS

### 12.1 Anexos: Fase Cuantitativa

#### 12.1.1 Anexo 1: Hoja de Información a la paciente y Consentimiento informado.

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Análisis de las prácticas y actitudes relacionadas con la lactancia materna en mujeres Gitanas”. Entrevista telefónica.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Cintia Borja Herrero. Enfermera de Pediatría del centro de salud Fuente de San Luís del Departamento Valencia Dr. Peset. Teléfono de contacto 961972867.

#### INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle acerca de un estudio sobre alimentación infantil en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Dr. Peset.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar por sí misma si quiere o no participar en este estudio. Para ello le rogamos que lea con atención esta información y si le surgen dudas, no dude en preguntárnoslas para que nosotros se las aclaremos. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno sobre este tema.

#### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su pediatra y enfermera ni se produzca perjuicio alguno en su atención y la de su hijo/a.

#### DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Con motivo de la realización de una tesis doctoral, se está realizando un estudio para conocer algunos aspectos de la alimentación infantil que reciben los niños y niñas de 0 a 2 años, así como las diferencias en los hábitos de alimentación de diferentes grupos étnicos.

El estudio tiene como objetivo conocer algunos aspectos de la alimentación infantil, así como la prevalencia en cuanto a la lactancia materna y poder verificar si existen diferencias entre los hábitos de alimentación entre la cultura gitana y paya.

Es por ello que nos dirigimos a usted al tener su hijo/hija la edad apropiada de interés para el estudio.

El objetivo es poder realizar la encuesta de alimentación infantil a todos los niños/niñas de 0 a 2 años del Centro de Salud, por lo que para evitar el mayor número de perdidas posibles pedimos su participación y poder recoger mediante una encuesta telefónica de no más de tres minutos de duración algunos datos sobre la alimentación infantil de su hijo/a. Si acepta a participar, en unos días recibirá la llamada de la enfermera del centro de Salud Cintia Borja Herrero.

La participación en este estudio de investigación puede no tener un beneficio directo para usted. Sin embargo, con este estudio esperamos obtener información sobre la alimentación de los lactantes que nos permita proponer alternativas a nuestra práctica clínica habitual con la intención de mejorar.

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto, ni existe ningún interés comercial, ni riesgos relacionados con su participación.

#### CONFIDENCIALIDAD

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no incluya información que pueda identificarle, y sólo la investigadora del estudio podrá relacionar dichos datos con usted y con su hijo/a. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter confidencial, el Real Decreto que la desarrolla (RD 1720/2007), el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

Si desea hacernos alguna pregunta sobre alguna cuestión que desee conocer sobre el estudio de investigación o acerca del cuestionario de alimentación infantil, puede comunicarse con la Enfermera Cintia Borja Herrero del centro de salud de Fuente de San Luís (teléfono 961972867).

#### Documento de Consentimiento

Yo (nombre y apellidos de la participante):

.....

Madre de (nombre y apellidos del hijo/a)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con Cintia Borja Herrero, enfermera e investigadora principal del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera si es mi deseo, sin tener que dar explicaciones. Y que ello repercute en mis cuidados ni en los de mi hijo/a.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.
- Accedo a facilita el número de teléfono de contacto \_\_\_\_\_ con el fin de que me llamen y poder realizar la encuesta de alimentación.
- Deseo conocer los resultados de esta investigación, por lo que indico la forma en que estos se me pueden hacer llegar

Datos de contacto: \_\_\_\_\_

- Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.

Firma de la participante:

Firma de la investigadora:

Valencia a..... de..... 2020

### 12.1.2 Anexo 2: Cuestionario sobre prevalencia lactancia materna.

Me llamo CINTIA BORJA HERRERO soy ENFERMERA del centro de salud de FUENTE DE SAN LUÍS. Me dirijo a usted en relación al estudio que estoy realizando con motivo de mi tesis doctoral, Título de la Tesis: “Análisis de las prácticas y actitudes relacionadas con la lactancia materna en mujeres Gitanas.” Y cuyo objetivo es contribuir a mejorar la alimentación infantil, por lo que necesito conocer algunos datos breves sobre la alimentación de (nombre del lactante). Necesitaría hablar con la madre de (nombre del lactante) ¿Es usted la madre de (nombre del lactante)? ¿Le importaría que le haga unas preguntas? No nos va a ocupar más de 3 minutos. Las respuestas dadas son completamente anónimas.

N° encuesta		FECHA de la encuesta ____/____/____	
Paya	Gitana	Otra Nacionalidad	Nacionalidad de la madre
<b>A. Puede decirme usted la fecha de nacimiento del lactante</b>		____/____/____	
<b>B. Le importaría decirme la edad que tenía cuando nació su hijo/a</b>		_____	
<b>C. ¿Cuál es su nivel el nivel máximo de estudios alcanzados?</b>		Primarios Secundarios Superiores	
<b>1. ¿Ha tomado leche materna (nombre del lactante) alguna vez desde el nacimiento, aunque fuera poco tiempo? (si la respuesta es NO pase a pregunta 4)</b>		SI	NO
<b>2. (Nombre del lactante) ¿Tomó el pecho antes de que pasara la primera hora después del parto?</b>		SI	NO
Las preguntas que siguen, se refieren a lo que ha tomado (nombre del lactante) desde ayer a estas horas.			
<b>3. ¿Ha tomado (nombre del lactante) leche materna?</b>		SI	NO
<b>4. ¿Ha tomado (nombre del lactante) vitaminas o medicinas?</b>		SI	NO
<b>5. ¿Ha tomado (nombre del lactante) algún otro alimento o bebida?</b>		SI	NO
<b>6. ¿Ha tomado (nombre del lactante) infusiones como manzanilla, té o similares?</b>		SI	NO
<b>7. ¿Ha tomado (nombre del lactante) agua?</b>		SI	NO
<b>8. ¿Ha tomado (nombre del lactante) suero glucosado?</b>		SI	NO
<b>9. ¿Ha tomado leche (nombre del lactante) artificial para bebés o leche de cualquier tipo?</b>		SI	NO
<b>10. ¿Ha tomado (nombre del lactante) suero oral para diarreas o vómitos?</b>		SI	NO
<b>11. ¿Ha tomado (nombre del lactante) cualquier tipo de alimentos sólidos o triturados en purés o papillas o alimentos chafados o triturados?</b>		SI	NO
<b>12. Desde ayer a estas horas, ¿ha tomado (nombre del lactante) algún otro alimento o bebida? (esta pregunta es una pregunta de control y debe realizarse, aunque parezca igual a la 5. Si la respuesta difiere de la de la pregunta 5, comprobar con la madre)</b>		SI	NO

### 12.1.3 Anexo 3: Hoja de registro de llamadas.

Anotar todas las llamadas a realizar, así como las llamadas fallidas que sugieran de rellanada o en el caso de no localizar a la madre cuando es posible volver a llamar.

Nº de encuesta	Teléfono	Fecha de llamada	Hora de la llamada	Fecha y hora sugerida de llamada	Número de llamadas realizadas	Anotaciones

## 12.2 Anexos: Fase Cualitativa.

### 12.2.1 Anexo 4: Información al paciente y Consentimiento informado Grupo focal.

#### HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

**Título del estudio:** “Análisis de las prácticas y actitudes relacionadas con la lactancia materna en mujeres Gitanas”. **Grupo Focal.**

**Investigadora principal:** Cintia Borja Herrero. Enfermera de Pediatría del centro de salud Fuente de San Luís del Departamento Valencia Dr. Peset. Teléfono de contacto 961972867.

#### INTRODUCCIÓN

Usted ha sido invitada a participar en un grupo de discusión que forma parte de la tesis doctoral “Análisis de las prácticas y actitudes relacionadas con la lactancia materna en mujeres Gitanas”. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Dr. Peset.

Por lo que pedimos su colaboración con la idea de realizar un grupo de discusión que tiene como objetivo conocer las experiencias de las madres gitanas de este Centro de Salud respecto a la

lactancia materna y averiguar sus necesidades en cuanto a la promoción y apoyo a la lactancia. Sus opiniones nos serán de gran ayuda para poder desarrollar e implementar programas para la promoción y protección de la lactancia materna en las madres de etnia gitana.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar por sí misma si quiere o no participar en este estudio. Para ello le rogamos que lea con atención esta información y si le surgen dudas, no dude en preguntárnoslas para que nosotros se las aclaremos. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno sobre este tema.

### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria y anónima. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Además, si decide participar tendrá libertad para contestar a las preguntas que desee.

Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la relación con su pediatra y enfermera ni ocasionará perjuicio alguno en la atención que su hijo/hija recibe.

### **PROCEDIMIENTOS.**

Si Usted acepta participar en el estudio:

Su participación consiste en formar parte de un grupo de discusión, junto con otras personas más de etnia gitana que como usted pertenecen a este Centro de Salud. El objetivo de este grupo de discusión es poder conocer las opiniones y experiencias que las participantes tengan a cerca de la lactancia materna. Las conversaciones del grupo serán guiadas por la Dra Aranzazu Grau Muñoz experta en grupos de discusión. Quien solicitará sus opiniones sobre la lactancia materna, si han amamantado o no, durante cuánto tiempo, que ayuda recibieron. Es importante aclarar que no habrá respuestas correctas ni incorrectas, siéntase libre de compartir sus ideas, lo que es importante es justamente conocer su opinión sincera acerca de este tema. A la vez deseamos hacerle saber que, si usted en algún momento se siente incómoda o no desea participar en la discusión de alguna pregunta, está en total libertad de no hacerlo.

El grupo de discusión tendrá una duración aproximada de 1-2 horas (de 15:00 a 17:00), y se llevará a cabo en la biblioteca del Centro de Salud ubicada en el 2º piso. Quizás sea necesario realizar más de una sesión, de ser así, será informada al finalizar la sesión.

Para facilitar el análisis de las conversaciones y asegurarnos de que todo lo que se menciona sea tenido en cuenta, las conversaciones serán grabadas. No obstante, si en algún momento no se siente cómoda, podrá solicitar interrumpir la grabación y volver a retomarla cuando quiera.

Cabe aclarar que la información es sólo para nuestro trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante. Si existe algún inconveniente en que grabemos la conversación debe hacérselo saber, esté totalmente segura que la grabación de la reunión sólo sirve para facilitarnos la recopilación de la información.

Debido a que nos hemos puesto en contacto con un número reducido de personas (8-10 participantes), y que el éxito de la reunión depende en gran medida de su participación en la misma, es importante contar con su presencia ya que su opinión es muy importante para nosotros. Para confirmar su asistencia y resolver cualquier duda al respecto, le llamaremos por teléfono corroborando su asistencia.

## **BENEFICIOS**

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio; sin embargo, si acepta participar, estará colaborando con nosotros en el desarrollo de actividades que puedan apoyar, proteger y promocionar la lactancia materna.

## **CONFIDENCIALIDAD**

Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial. Será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Aun cuando no podemos garantizar que las asistentes al grupo guarden la confidencialidad de la información que se discuta, se les invitará a que eviten comentarla con otras personas. Para asegurar la confidencialidad de sus datos, usted quedará identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificada.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todas las participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter confidencial, el Real Decreto que la desarrolla (RD 1720/2007), el reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado. Para todo ello deberá dirigirse a la investigadora principal del estudio que será la responsable del tratamiento de sus datos y se compromete a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor.

El acceso a su información personal identificada quedará restringido a la investigadora, autoridades sanitarias, al Comité de Ética de la Investigación, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

### **RIESGOS POTENCIALES/COMPENSACIÓN.**

Los riesgos potenciales que implican su participación en el grupo de discusión son mínimos. Si alguna de las preguntas o temas que se traten en el grupo le hicieran sentir un poco incómoda, tiene el derecho de no comentar al respecto. Es importante aclararle que Usted no recibirá pago alguno por participar en el grupo de discusión, y tampoco tendrá costo alguno para usted.

### **DATOS DE CONTACTO**

Cualquier pregunta que Usted desee hacer relacionada con la conducción de la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio, Usted puede contactar a la enfermera de Pediatría Cintia Borja herrero del Centro de Salud Fuente de San Luis.

Agradecemos desde ya su colaboración y le saludo cordialmente.

Enfermera: Cintia Borja Herrero.

### **ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Grupo Focal)**

Yo \_\_\_\_\_, acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación “Análisis de las prácticas y actitudes relacionadas con la lactancia materna en mujeres Gitanas” dirigida por la enfermera Cintia Borja Herrero, enfermera de pediatría del Centro de Salud Fuente de San Luis.

Declaro haber sido informada de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto a participar en el grupo de discusión sobre Lactancia Materna que se va a realizar en el Centro de Salud Fuente de San Luis.

Declaro haber sido informada que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud física y mental, que es voluntaria y que pude negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información que se obtenga será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada participante de modo personal.



Declaro saber que la información que se obtenga será guardada por el investigador responsable y será utilizada sólo para este estudio.

Conocimiento de los resultados. Deseo conocer los resultados de esta investigación, por lo que indico la forma en que estos se me pueden hacer llegar.

Datos de contacto: \_\_\_\_\_

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

**Nombre Participante**

**Nombre Investigador**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Firma

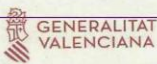
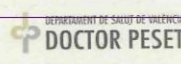
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: .....

Fecha: .....

## 12.3 Anexo 5. Informe de aprobación Comité Ético de Investigación del Hospital Dr. Peset.

 GENERALITAT VALENCIANA  DEPARTAMENT DE SALUT DE VALÈNCIA DOCTOR PESET

---

Departament de Salut de València - Doctor Peset

---

**A/A.: Cintia Borja Herrero.  
Enfermera pediatria.  
CS Fuente de San Luís**

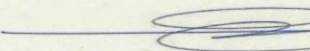

Dña. Pilar Codoñer Franch, Presidenta del Comité Ético de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitario Dr. Peset.

**CERTIFICA:**

Que este comité en su reunión celebrada el día 27 de marzo de 2019 ha evaluado y ha aprobado el estudio titulado: Análisis de las prácticas y actitudes relacionadas con la lactancia materna en mujeres Gitanas  
**Proyecto de investigación TED-CBH-2018-01. Tesis doctoral**  
**Código CEIm: 8/19**

---

Valencia 2 de abril de 2019

**Fdo.: Dra. Pilar Codoñer Franch**

Comité Ético de Investigación clínica, Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.  
C/ San Lázaro s/n. Edificio CIPS 1ª Planta. Valencia 46017. Teléfono 96.3131652  
Correo electrónico ceic\_peset@gva.es.

**Tabla 25. Pruebas prueba de Shapiro–Wilk y Levene.**

Variable dependiente: Edad de la madre.						
Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	1850,008 <sup>a</sup>	2	925,004	<b>58,530</b>	,000	<b>,208</b>
Intersección	213202,622	1	213202,622	13490,454	,000	,968
ETNIA	1850,008	2	925,004	58,530	,000	,208
Error	7048,567	446	15,804			
Total	359069,000	449				
Total. corregido	8898,575	448				

a. R al cuadrado = ,208 (R al cuadrado ajustada = ,204)

**Tabla 26. Prueba Buonferroni Comparaciones múltiples.**

Variable dependiente: Edad de la madre						
Bonferroni						
(I) ETNIA	(J) ETNIA	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Paya	Gitana	4,570*	,569	,000	3,20	5,94
	otros	3,987*	,452	,000	2,90	5,07
Gitana	Paya	-4,570*	,569	,000	-5,94	-3,20
	otros	-,583	,646	1,000	-2,13	,97
otros	Paya	-3,987*	,452	,000	-5,07	-2,90
	Gitana	,583	,646	1,000	-,97	2,13

\*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

**Tabla 28. Indicador 1. Tabla cruzada Lactantes que fueron amamantados en alguna ocasión.**

			ETNIA			Total
			Paya	Gitana	otros	
<b>¿Ha tomado alguna vez pecho al nacimiento?</b>	<b>No</b>	Recuento	48	14	3	65
		% dentro de ¿Ha tomado alguna vez pecho al nacimiento?	73,8%	21,5%	4,6%	100,0%
		% dentro de ETNIA	16,9%	23,7%	2,8%	14,5%
		% del total	10,7%	3,1%	0,7%	14,5%
	<b>Si</b>	Recuento	236	45	103	384
		% dentro de ¿Ha tomado alguna vez pecho al nacimiento?	61,5%	11,7%	26,8%	100,0%
		% dentro de ETNIA	83,1%	76,3%	97,2%	85,5%
		% del total	52,6%	10,0%	22,9%	85,5%
<b>Total</b>	Recuento	284	59	106	449	
	% dentro de ¿Ha tomado alguna vez pecho al nacimiento?	63,3%	13,1%	23,6%	100,0%	
	% dentro de ETNIA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	63,3%	13,1%	23,6%	100,0%	

**Tabla 29. Indicador 1. Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,041 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	21,330	2	,000
Asociación lineal por lineal	9,331	1	,002
N de casos válidos	449		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,54.

**Tabla 30. Indicador 1. Coeficiente de contingencia.**

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coeficiente de contingencia	,191	,000
N de casos válidos		449	

**Tabla 31. Indicador 1. Tabla cruzada ¿Ha tomado alguna vez pecho al nacimiento? Etnia Paya – Gitana.**

			ETNIA		Total
			Paya	Gitana	
<b>¿Ha tomado alguna vez pecho al nacimiento?</b>	Si	Recuento	236	45	281
		% dentro de ¿Ha tomado alguna vez pecho al nacimiento?	84,0%	16,0%	100,0%
		% dentro de ETNIA	83,1%	76,3%	81,9%
		% del total	68,8%	13,1%	81,9%
	No	Recuento	48	14	62
		% dentro de ¿Ha tomado alguna vez pecho al nacimiento?	77,4%	22,6%	100,0%
		% dentro de ETNIA	16,9%	23,7%	18,1%
		% del total	14,0%	4,1%	18,1%
<b>Total</b>	Recuento	284	59	343	
	% dentro de ¿Ha tomado alguna vez pecho al nacimiento?	82,8%	17,2%	100,0%	
	% dentro de ETNIA	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	82,8%	17,2%	100,0%	

**Tabla 32. Indicador 1. Pruebas de chi-cuadrado. Payas/Gitanas.**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,538 <sup>a</sup>	1	,215		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	1,111	1	,292		
Razón de verosimilitud	1,453	1	,228		
Prueba exacta de Fisher				,263	,146
Asociación lineal por lineal	1,533	1	,216		
N de casos válidos	343				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10,66.  
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

**Tabla 33. Indicador 1. Medidas simétricas Paya/Gitanas.**

Medidas simétricas			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,067	,215
	V de Cramer	,067	,215
	Coefficiente de contingencia	,067	,215
N de casos válidos		343	

**Tabla 34. Indicador 2. Porcentaje ¿Tomo pecho antes de que pasara la primera hora postparto?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	186	41,4	41,4	41,4
	Si	263	58,6	58,6	100,0
	Total	449	100,0	100,0	

**Tabla 35. Indicador 2. Pruebas de chi-cuadrado. Lactancia materna en la primera hora postparto.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,982 <sup>a</sup>	2	,137
Razón de verosimilitud	3,942	2	,139
Asociación lineal por lineal	,137	1	,711
N de casos válidos	449		
0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 24,44.			

**Tabla 36. Indicador 2. Coeficiente de contingencia. Lactancia materna en la primera hora postparto.**

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal      Coeficiente de contingencia	,094	,137
N de casos válidos	449	

**Tabla 37. Indicador 2. Tabla cruzada etnia: Payas - Gitanas ¿Tomó pecho antes de que pasara la primera hora postparto?**

			ETNIA		Total
			Paya	Gitana	
¿Tomó pecho antes de que pasara la primera hora postparto?	Si	Recuento	168	28	196
		% dentro de ¿Tomó pecho en la primera hora postparto?	85,7%	14,3%	100,0%
		% dentro de ETNIA	59,2%	47,5%	57,1%
		% del total	49,0%	8,2%	57,1%
	No	Recuento	116	31	147
		% dentro de ¿Tomó pecho en la primera hora postparto?	78,9%	21,1%	100,0%
		% dentro de ETNIA	40,8%	52,5%	42,9%
		% del total	33,8%	9,0%	42,9%
Total	Recuento	284	59	343	
	% dentro de ¿Tomó pecho en la primera hora postparto?	82,8%	17,2%	100,0%	
	% dentro de ETNIA	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	82,8%	17,2%	100,0%	

**Tabla 38. Pruebas de chi-cuadrado Lactancia materna en la primera hora postparto entre población paya y gitana.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,729 <sup>a</sup>	1	,099		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,273	1	,132		
Razón de verosimilitud	2,704	1	,100		
Prueba exacta de Fisher				,112	,066
Asociación lineal por lineal	2,721	1	,099		
N de casos válidos	343				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 25,29.  
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

**Tabla 39. Indicador 2. Coeficiente de contingencia. Lactancia materna en la primera hora postparto.**

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,089	,099
	V de Cramer	,089	,099
	Coeficiente de contingencia	,089	,099
N de casos válidos		343	

**Tabla 40. Indicador 3. Porcentaje. Tipo de alimentación en niño/as <15 días.**

Tipo de Alimentación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	LME	11	61,1	61,1	61,1
	LM. Predominante	1	5,6	5,6	66,7
	LM Parcial (mixta)	2	11,1	11,1	77,8
	L. FÓRMULA	4	22,2	22,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	



**Tabla 41. Indicador 3. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de alimentación en niños/as <15 días.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,414 <sup>a</sup>	6	,755
Razón de verosimilitud	4,582	6	,598
Asociación lineal por lineal	1,167	1	,280
N de casos válidos	18		
a. 11 casillas (91,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.			

**Tabla 42. Indicador 3. Coeficiente de contingencia. Tipo de alimentación en niños/as <15 días.**

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,399	,755
N de casos válidos	18	

**Tabla 43. Indicador 4. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de alimentación en niños <183 días.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,895 <sup>a</sup>	6	,045
Razón de verosimilitud	13,462	6	,036
Asociación lineal por lineal	,009	1	,923
N de casos válidos	97		
a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,56.			

**Tabla 44. Indicador 4. Coeficiente de contingencia. Tipo de alimentación en niños/as <183 días.**

<b>Medidas simétricas</b>			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,365	,045
	V de Cramer	,258	,045
	Coeficiente de contingencia	,343	,045
N de casos válidos		97	

**Tabla 45. Indicador 5. Tabla cruzada etnia tipo de alimentación en niños/a s >183 - <274 días.**

<b>Tabla cruzada Tipo de Alimentación *ETNIA</b>						
			<b>ETNIA</b>			Total
			Paya	Gitana	otros	
Tipo de Alimentación	LM. Predominante	Recuento	7	1	2	10
		% dentro de Tipo de Alimentación	70,0%	10,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de ETNIA	19,4%	7,7%	20,0%	16,9%
		% del total	11,9%	1,7%	3,4%	16,9%
	LM Parcial (mixta)	Recuento	13	2	8	23
		% dentro de Tipo de Alimentación	56,5%	8,7%	34,8%	100,0%
		% dentro de ETNIA	36,1%	15,4%	80,0%	39,0%
		% del total	22,0%	3,4%	13,6%	39,0%
	L. FÓRMULA	Recuento	16	10	0	26
		% dentro de Tipo de Alimentación	61,5%	38,5%	0,0%	100,0%
		% dentro de ETNIA	44,4%	76,9%	0,0%	44,1%
		% del total	27,1%	16,9%	0,0%	44,1%
Total	Recuento	36	13	10	59	
	% dentro de Tipo de Alimentación	61,0%	22,0%	16,9%	100,0%	
	% dentro de ETNIA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	61,0%	22,0%	16,9%	100,0%	

**Tabla 46. Indicador 5. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de alimentación niños/a s >183 - <274 días.**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,686 <sup>a</sup>	4	,005
Razón de verosimilitud	18,212	4	,001
Asociación lineal por lineal	,827	1	,363
N de casos válidos	59		
a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,69.			

**Tabla 47. Indicador 5. Coeficiente de contingencia. Tipo de alimentación niños/a s >183 - <274 días.**

Medidas simétricas			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,499	,005
	V de Cramer	,353	,005
	Coeficiente de contingencia	,446	,005
N de casos válidos		59	

**Tabla 48. Indicador 6. Tabla cruzada etnia tipo de alimentación en niños/as >365-<487 días.**

			ETNIA			Total
			Paya	Gitana	otros	
Tipo de Alimentación	LM. Predominante	Recuento	4	0	3	7
		% dentro de Tipo de Alimentación	57,1%	0,0%	42,9%	100,0%
		% dentro de ETNIA	2,6%	0,0%	4,9%	2,9%
		% del total	1,7%	0,0%	1,3%	2,9%
	LM Parcial (mixta)	Recuento	38	6	28	72
		% dentro de Tipo de Alimentación	52,8%	8,3%	38,9%	100,0%
		% dentro de ETNIA	25,0%	24,0%	45,9%	30,3%
		% del total	16,0%	2,5%	11,8%	30,3%
	L. FÓRMULA	Recuento	110	19	30	159
		% dentro de Tipo de Alimentación	69,2%	11,9%	18,9%	100,0%
		% dentro de ETNIA	72,4%	76,0%	49,2%	66,8%
		% del total	46,2%	8,0%	12,6%	66,8%
Total	Recuento	152	25	61	238	
	% dentro de Tipo de Alimentación	63,9%	10,5%	25,6%	100,0%	
	% dentro de ETNIA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	63,9%	10,5%	25,6%	100,0%	

**Tabla 49. Indicador 6. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de alimentación en >365-<487 días.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,100 <sup>a</sup>	4	,017
Razón de verosimilitud	12,386	4	,015
Asociación lineal por lineal	8,414	1	,004
N de casos válidos	238		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,74.

**Tabla 50. Indicador 6. Coeficiente de contingencia. Tipo de alimentación en >365-<487 días.**

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal      Coeficiente de contingencia	,220	,017
N de casos válidos	238	

**Tabla 51. Indicador 7. Tabla cruzada etnia tipo de alimentación en niños/as > 608-<730 días.**

			ETNIA			Total
			Paya	Gitana	otros	
Tipo de Alimentación	LM Parcial (mixta)	Recuento	5	3	10	18
		% dentro de Tipo de Alimentación	27,8%	16,7%	55,6%	100,0%
		% dentro de ETNIA	9,1%	25,0%	50,0%	20,7%
		% del total	5,7%	3,4%	11,5%	20,7%
	L. FÓRMULA	Recuento	50	9	10	69
		% dentro de Tipo de Alimentación	72,5%	13,0%	14,5%	100,0%
		% dentro de ETNIA	90,9%	75,0%	50,0%	79,3%
		% del total	57,5%	10,3%	11,5%	79,3%
Total	Recuento	55	12	20	87	
	% dentro de Tipo de Alimentación	63,2%	13,8%	23,0%	100,0%	
	% dentro de ETNIA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	63,2%	13,8%	23,0%	100,0%	

**Tabla 52. Indicador 7. Pruebas de chi-cuadrado. Tipo de alimentación en niños/as > 608-<730 días.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,116 <sup>a</sup>	2	,001
Razón de verosimilitud	13,976	2	,001
Asociación lineal por lineal	14,818	1	,000
N de casos válidos	87		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,48.

**Tabla 53. Indicador 7. Coeficiente de contingencia. Tipo de alimentación en niños/as > 608-<730 días.**

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal      Coeficiente de contingencia	,385	,001
N de casos válidos	87	

**Tabla 54. Indicador 8. Tabla cruzada etnia alimentación Complementaria en niños/as >183-<274 días.**

			ETNIA			Total
			Paya	Gitana	otros	
Alimentación Complementaria	No	Recuento	1	2	0	3
		% dentro de ETNIA	2,9%	15,4%	0,0%	5,3%
	Si	Recuento	33	11	10	54
		% dentro de ETNIA	97,1%	84,6%	100,0%	94,7%
Total		Recuento	34	13	10	57
		% dentro de ETNIA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 55. Indicador 8. Pruebas de chi-cuadrado. Alimentación Complementaria en niños/as >183- <274 días.**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,594 <sup>a</sup>	2	,166
Razón de verosimilitud	3,320	2	,190
Asociación lineal por lineal	,040	1	,841
N de casos válidos	57		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

**Tabla 56. Indicador 8. Coeficiente de contingencia Alimentación Complementaria en niños/as >183-<274 días.**

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,244	,166
N de casos válidos	57	

**Tabla 57. Regresión logística. Logaritmo de verosimilitud.**

Información de ajuste de los modelos				
Modelo	Crterios de ajuste de modelo	Pruebas de la razón de verosimilitud		
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	910,000			
Final	685,963	224,037	18	,000

**Tabla 58. Prueba de bondad de ajuste Pearson y Deviance.**

Bondad de ajuste			
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	908,926	1185	1,000
Desvianza	656,851	1185	1,000

**Tabla 60.** Bondad de ajuste, porcentaje de casos correctamente clasificados.

Clasificación					
Observado	Pronosticado				
	LME	LM. Predominante	LM Parcial (mixta)	L. FÓRMULA	Porcentaje correcto
LME	28	0	5	8	68,3%
LM. Predominante	2	0	8	10	0,0%
LM Parcial (mixta)	7	0	52	79	37,7%
L. FÓRMULA	9	0	33	208	83,2%
Porcentaje global	10,2%	0,0%	21,8%	67,9%	<b>64,1%</b>

**Tabla 62.** Bondad de ajuste, porcentaje de casos correctamente clasificados, excluyendo la variable nivel de estudios.

Clasificación					
Observado	Pronosticado				
	LME	LM. Predominante	LM Parcial (mixta)	L. FÓRMULA	Porcentaje correcto
LME	27	0	6	8	65,9%
LM. Predominante	2	0	7	11	0,0%
LM Parcial (mixta)	6	0	51	81	37,0%
L. FÓRMULA	11	0	32	207	82,8%
Porcentaje global	10,2%	0,0%	21,4%	68,4%	<b>63,5%</b>