



VNIVERSITATIS VALÈNCIA

Facultad de Medicina y Odontología

Departamento de Medicina

Programa de Doctorado en Medicina (3139)

**EL SISTEMA FAMILIAR Y COMUNITARIO Y SU INFLUENCIA EN EL PROCESO DE
SOSTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA, DURANTE EL ESTADO DE
ALARMA EN LA PANDEMIA POR COVID-19**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Gladys Teresa Duque de Rodríguez

Directores:

Dr. José Miguel Soriano del Castillo

Dra. Nadia San Onofre

Valencia. Octubre de 2024



El **Dr. José Miguel Soriano del Castillo**, Catedrático del Área de Nutrición y Bromatología del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal de la Universitat de València y la **Dra. Nadia San Onofre Bernat**, Profesora Contratada Doctora de los Estudios de Ciencias de la Salud de la Universitat Oberta de Catalunya

CERTIFICAN:

Que la presente memoria, titulada **“El Sistema Familiar y Comunitario y su Influencia en el proceso de sostenimiento de la lactancia materna, durante el estado de alarma en la Pandemia por COVID-19”** corresponde al trabajo realizado bajo nuestra dirección por **D^a Gladys Teresa Duque de Rodríguez**, para su presentación como Tesis Doctoral en el Programa de Doctorado en Medicina, con el fin de optar al Grado de Doctora por la Universitat de València.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmamos la presente, en Valencia,

**JOSE MIGUEL
SORIANO|DEL
CASTILLO**

Firmado digitalmente
por JOSE MIGUEL|
SORIANO|DEL CASTILLO
Fecha: 2025.02.28
23:40:04 +01'00'

Firmado por SAN ONOFRE BERNAT NADIA -
***9084** el día 01/03/2025 con un
certificado emitido por AC FNMT
Usuarios

Fdo. Dr. José Miguel Soriano del Castillo

Fdo. Dra. Nadia San Onofre Bernat

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco...

Al Gran Campo Mayor de energía que nos contiene... a quien mis padres me enseñaron a llamarle “Dios”, esa energía omnisciente, omnipresente y omnipotente que nos une a todos con hilos invisibles y nos guía a organizarnos en grupos según sean nuestros propios propósitos evolutivos, formando pequeños o grandes sistemas donde todos conectados de manera perfecta, podamos lograr el fin mayor para todos los implicados.

A mis abuelos maternos y paternos, especialmente a mi bisabuela materna quien siendo durante toda su vida la Matrona del pueblo, sirvió con amor y dedicación sin límite de tiempo ni espacio, para prestar la asistencia a las madres quienes la solicitaban y de quien tomé la vocación del servicio a la humanidad.

A mis padres Carmen y Bernabé, quienes, desde su más profundo amor, fueron nuestros cocreadores dándonos a mí y a mis hermanos la oportunidad de experimentar la vida con todo lo que trae... con lo que es y como es. Permitiendo a nuestras almas vivir una experiencia humana.

A la Universidad de Valencia y en especial al profesor José Miguel Soriano del Castillo, quien, desde el primer momento de mi llegada a este país, me ayudo a mirar que España me abría sus puertas a nuevas oportunidades de aprendizaje y conocimiento, nuevas experiencias y una nueva vida, que me permitiría desarrollar un poco más lo que mi amado país, me había entregado durante todos esos años de estudio en nuestra por siempre inolvidable Universidad Central de Venezuela, “la casa que vence las sombras,”

sacándonos de la oscuridad de la ignorancia, para convertirnos en mejores personas y profesionales capaces de hacer un buen ejercicio de la carrera como médicos.

A mis Maestros, profesores y compañeros de aulas, con los que, he compartido el placer del aprendizaje sobre la dimensión humana en los procesos de vida: nacimiento, crecimiento, desarrollo y muerte, durante el ejercicio de esta amada profesión llamada Medicina.

Al grupo de apoyo a la lactancia materna Amamanta por su colaboración y por la labor que incansablemente realizan en la construcción de un mundo mejor, fomentando la lactancia materna, que más allá de ser una excelente forma de alimentación, es alimento de amor de una madre, para su creación más perfecta, su hijo (a).

A ti, mi Amado Carlos quien, siendo mi compañero de vida desde la adolescencia, has compartido conmigo casi todas mis “primeras veces” en esa experimentación que llamamos vida, disfrutando nuestro más valioso tesoro, nuestros hijos Carlys y José Augusto y ahora a nuestro pequeño nieto Joaquín, quien llena con amor y alegría a nuestra familia. Gracias por tu paciencia y amor...

A mis hijos Carlys y José Augusto porque con ellos experimenté ese lazo amoroso indestructible que se establece para toda la vida entre la madre y su bebé, con cada momento vivido, pero especialmente con el encuentro nutritivo que se da durante la lactancia materna.

Agradezco profundamente a todos aquellos que sabían que este proyecto de tesis estaba en proceso y que me alentaron constantemente, en especial a mi hermana Mary quien me apoyó inicialmente con el ordenamiento de los datos, a mi querida amiga Beatriz Tancredi, por su apoyo incondicional en todos los momentos en que más lo necesité. Mi

gratitud a mi tutora y codirectora, Nadia San Onofre, cuya guía fue refinada y decisiva para la consecución de este trabajo de investigación.

Este esfuerzo no es más que un humilde grano de arena en la construcción de un mundo más sostenible y humano, promoviendo el acto de nutrir amorosamente al bebé, especialmente durante su primer año de vida, con la sustancia más perfecta que nos ofrece la naturaleza: la leche materna. A través de este vínculo, el bebé toma a su madre, y como bien lo expresa Bert Hellinger: "quien toma a la madre, toma la vida entera".

*“La lactancia materna,
más allá de ser una excelente forma de alimentación,
es alimento de amor de una madre, para su creación más perfecta, su hijo (a).”*

RESUMEN.

El sostenimiento de la lactancia materna (LM) es fundamental para la salud del bebé y de la madre, por los múltiples beneficios que también contribuyen al desarrollo social y económico de las comunidades. La evidencia muestra que el respaldo de redes de apoyo a la LM, que incluye a la familia, la comunidad, los grupos de apoyo a la lactancia (GALM) y los servicios de salud, es clave para prolongar la LM. En este contexto, el objetivo general de esta investigación fue evaluar los factores del sistema familiar y comunitario que influyeron en su sostenimiento y analizar la satisfacción de las madres respecto a las intervenciones de apoyo, tanto presenciales como en línea, durante la pandemia de COVID-19.

Este estudio se desarrolló usando metodologías mixtas y en varias fases. En la primera fase, se realizó una revisión sistemática para determinar los cuestionarios validados en español para la investigación en LM, utilizando la metodología PRISMA 2009. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, Web of Science y Embase. El período de la búsqueda incluyó artículos publicados hasta febrero del 2021. Posteriormente se realizó un estudio observacional en mujeres lactantes de la Comunitat Valenciana que participaron en intervenciones de apoyo a la LM del GALM Amamanta durante la pandemia de COVID-19. Se aplicó el "Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM", a una muestra de 185 madres lactantes que permitió identificar los factores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM, así como a una muestra de 176 madres para evaluar la satisfacción de estas con las intervenciones en línea recibidas durante la COVID-19. Se contactó a las participantes a través de Amamanta y se aplicó el cuestionario por Google form. Se recopilaron los datos en una base de datos anonimizada. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e

inferencial con el programa SPSS v27 y JASP v0.16 y se estableció un nivel de significación de $\alpha=0,05$ para todas las pruebas estadísticas.

La revisión sistemática identificó 9 cuestionarios en español para investigación en LM, de los cuales 5 fueron traducidos y adaptados del inglés, y 4 creados directamente en español. En el estudio observacional, las encuestadas mencionaron como principal apoyo familiar a sus parejas (91,9%) y, en la comunidad, al GALM (74,1%). Se observó una tasa de LME del 85,4% a los 6 meses, una duración media de 8 meses y una continuidad del 93%, pese a que el 98,4% reportó dificultades o problemas con la LM. El análisis estadístico reveló relaciones significativas entre la duración de la LM y los apoyos combinados del sistema familiar y comunitario, como el de la pareja y el GALM ($p = 0,048$); el de la abuela y la consulta con la matrona ($p = 0,020$); y la matrona y el personal de maternidad ($p = 0,037$). Las plataformas virtuales del GALM también mostraron alta satisfacción, con más del 80% de aprobación en varias categorías.

En conclusión, esta investigación resalta la necesidad de un apoyo estructurado y combinado a la LM, tanto familiar como comunitario, e integrar herramientas virtuales junto a el apoyo presencial. El enfoque híbrido permite a las madres y sus familias acceder al tipo de apoyo más adecuado, mejorando la accesibilidad y la continuidad de la atención, tanto en situaciones de crisis como en la vida cotidiana, y fomentando un aumento en las tasas de LM.

Palabras clave: lactancia materna, cuestionarios validados, sostenimiento, apoyo familiar, apoyo comunitario, factores sociodemográficos, grupos de apoyo, intervenciones virtuales, satisfacción materna, COVID-19.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	XIII
ÍNDICE DE TABLAS	XVI
ÍNDICE DE FIGURAS	XVIII
ANEXOS	XIX
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Beneficios de la LM	1
1.2. Algunas consideraciones sobre la LM	3
1.3. Relevancia del enfoque sistémico en el estudio de la LM	6
1.3.1. <i>Microsistema: Papel de la familia en el apoyo a la LM</i>	9
1.3.2. <i>El mesosistema en la perspectiva sistémica para la LM</i>	10
1.3.3. <i>El macrosistema y la LM: políticas nacionales e internacionales</i>	16
1.3.4. <i>La LM y los Objetivos de la Agenda 2030 de la ONU</i>	17
1.4. Impacto de la Pandemia en la Atención Virtual a Madres Lactantes.....	21
1.5. Papel del grupo de apoyo a la LM: Amamanta, en la pandemia por COVID-19.....	23
2. HIPÓTESIS	26
2.1. Hipótesis nula.....	26
2.2. Hipótesis alternativa	26
3. OBJETIVOS	27
3.1. Objetivo general	27
3.2. Objetivos específicos.....	27
4. METODOLOGÍA	28
4.1. Descripción del estudio.....	28
4.2. Universo, Población y Muestra	30

4.3. Determinación de disponibilidad de cuestionarios validados para investigación en LM en bases de datos especializadas que midan actitudes, conocimientos y apoyo social a la LM, en español	34
4.3.1. Estrategia de búsqueda y selección de los estudios	35
4.3.2. Intervenciones	37
4.3.3. Extracción de datos y análisis	38
4.3.4. Definición de los resultados	38
4.4. Identificación de los actores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM, estudiados en una muestra de población en el GALM Amamanta durante la pandemia por COVID-19.....	39
4.4.1. Solicitud de autorización al Comité de Ética de Investigación	39
4.4.2. Solicitud de colaboración al GALM Amamanta	39
4.4.3. Instrumento de investigación.....	40
A) Justificación de la elección del instrumento para la investigación.....	40
B) Descripción del cuestionario.....	41
C) Adaptación del cuestionario para la investigación.....	43
4.4.4. Organización de variables para el análisis estadístico	47
4.5. Evaluar la satisfacción de las intervenciones virtuales de un GALM, y su efecto en el sostenimiento de la LM, en tiempos de confinamiento y medidas de restricción por la pandemia por COVID-19	53
5. RESULTADOS	57
5.1. Disponibilidad de cuestionarios en español para investigación en LM	58
5.1.1. Cuestionarios creados y validados en español.....	60
A) ECoLa: Encuesta sobre conocimientos en LM para pediatras	60
B) Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo en la LM	62
C) Cuestionario de Apoyo Profesional a la LM del Programa de Gestión de la	

<i>Calidad de la Atención Médica de la Región Española de Murcia (QPBS-EMCA)</i>	63
D) <i>ECoLaE: Encuesta sobre conocimientos en LM para enfermería</i>	65
5.1.2. <i>Cuestionarios en inglés traducidos, adaptados y validados al español</i>	69
A) <i>Formulario corto de escala de autoeficacia de la LM. BSES-SF</i>	69
B) <i>Escala de autoeficacia prenatal (versión en español). PBSES-e</i>	70
C) <i>Escala de Actitudes de Alimentación Infantil de Iowa versión corta. IIFAS-S</i>	72
D) <i>Escala de apoyo a la LM en el lugar de trabajo. WBSS</i>	74
E) <i>Encuesta inicial de LM acumulativa. BBSC</i>	75
5.2. Factores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM, estudiados en una muestra de población de la Comunitat Valenciana perteneciente al GALM Amamanta, durante la pandemia por COVID-19	79
5.2.1. <i>Análisis descriptivo</i>	79
A) <i>Variables sociodemográficas</i>	80
B) <i>Variable: Problemas con la LM</i>	83
C) <i>Variable: Experiencias de la madre y la LM</i>	85
D) <i>Variable: Apoyo familiar y comunitario</i>	87
E) <i>Variable: sostenimiento de la LM (tipo de lactancia, duración y continuidad)</i>	90
5.2.2. <i>Análisis estadístico de relación entre variables</i>	91
A) <i>Variables sociodemográficas</i>	91
B) <i>Variables apoyo familiar y comunitario y sostenimiento de la LM</i>	95
C) <i>Variable satisfacción y sostenimiento de la LM</i>	101
5.3. Satisfacción con las intervenciones virtuales del GALM durante la pandemia	103
5.3.1. <i>Análisis descriptivo</i>	103
A) <i>Variables sociodemográficas</i>	103
B) <i>Nivel de satisfacción para cada afirmación según la frecuencia y el porcentaje de respuestas a la pregunta tipo Likert</i>	104
C) <i>Nivel de satisfacción percibida por las madres con la atención del GALM, según el puntaje de respuesta a la escala Likert</i>	105

D) Medidas de tendencia central y de dispersión de la puntuación total de satisfacción	106
E) Medidas descriptivas de satisfacción percibida para cada afirmación de la escala Likert	107
5.3.2. Asociación entre satisfacción y sostenimiento de la LM.....	112
A) Satisfacción y tipo de lactancia	112
B) Satisfacción y duración de la lactancia	113
C) Satisfacción y continuidad de la lactancia	113
6. DISCUSIÓN	117
6.1. Disponibilidad de cuestionarios validados en español para la investigación en LM, que midan las actitudes, conocimientos y apoyo social a la LM.....	117
6.2. Factores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM, estudiados en una muestra de población en el GALM Amamanta, durante la pandemia por COVID-19.....	126
6.2.1. Factores sociodemográficos	127
6.2.2. Problemas presentados durante la LM	130
6.2.3. Experiencia de las madres con la LM	135
6.2.4. Apoyo familiar y comunitario	137
6.2.5. Consultas.....	142
6.2.6. Sostenimiento de la LM.....	145
6.2.7. Análisis de resultados estadísticos de la asociación de las variables	147
A) Asociación entre nivel educativo y número de hijos	148
B) Asociación entre nacionalidad y nivel educativo	149
C) Asociación entre situación laboral de la pareja y tipo de lactancia.....	150
D) Relación entre variables sociodemográficas y duración de la LM	151
E) Asociación entre variables sociodemográficas y continuidad de la LM	153
F) Asociación entre variables de apoyo familiar y comunitario y tipo de la LM	153
G) Relación entre variables de apoyo familiar y comunitario y la duración de la LM	154

<i>H) Asociación entre la variable de Satisfacción y Sostenimiento de la LM</i>	<i>157</i>
6.3. Satisfacción de las madres con las intervenciones en línea de un GALM y su efecto en el sostenimiento de la LM, en tiempos de confinamiento y medidas de restricción por la pandemia por COVID-19.....	158
6.3.1. <i>Variables sociodemográficas</i>	<i>159</i>
6.3.2. <i>Análisis Descriptivo de los resultados de satisfacción</i>	<i>160</i>
6.3.3. <i>Asociación entre satisfacción y el sostenimiento de la LM durante la pandemia por COVID-19</i>	<i>166</i>
7. CONCLUSIONES	169
8. CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	171
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	174
ANEXOS	187

LISTA DE ABREVIATURAS.

AELAMA: Asociación Española de Lactancia Materna.

ANOVA: Analysis of Variance por sus siglas en inglés de Análisis de Varianza.

AEP: Asociación Española de Pediatría.

BBSC: Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative por sus siglas en inglés de Encuesta inicial de LM acumulativa.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

BSES-SF: Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form por sus siglas en inglés de Formulario corto de escala de autoeficacia de la LM.

CCI: Coeficiente de consistencia interna.

CDS: Centros de Salud.

CFI: Comparative Fix Index por sus siglas en inglés de Índice de ajuste comparativo

COVID-19: COrona VRus De 2019.

EcoLa: Encuesta sobre conocimiento y habilidades en LM para Pediatras y residentes de pediatría.

EcoLaE: Encuesta sobre conocimiento y habilidades en LM para enfermería

GALM: Grupos de apoyo a la Lactancia Materna.

GFI: Godness of Fix Index por sus siglas en inglés de Índice de bondad de ajuste.

IBCLC: International Board Certified Lactation Consultant por sus siglas en inglés de Asesora certificada de Lactancia.

IC: Índice de Confianza.

(IC) KR20: Consistencia interna Kurder Richarson 20.

IIFFAS: Iowa Infant Feeding Attitude Scale por sus siglas en inglés de Escala de Actitudes de Alimentación Infantil de Iowa.

IIFFAS- Short: Iowa Infant Feeding Attitude Scale – Short por sus siglas en inglés de Escala de Actitudes de Alimentación Infantil de Iowa – corta.

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

INE: Instituto Nacional de Estadística.

JASP: Jeffreys's Amazing Statistics Program por sus siglas en inglés de El Asombroso Programa de Estadísticas de Jeffreys.

LATCH: Latch, Audible, Type of Nipple, Comfort, Hold (siglas en inglés).

LAYDI (PAPenRed): lactancia materna y desarrollo infantil Pediatras de atención primaria en Red (Estudio de investigación).

LM: lactancia materna.

LME: lactancia materna exclusiva.

MeSH: Medical Subject Headings, es el vocabulario controlado de la base de datos Mediline.

OE1: Objetivo específico 1.

OE2: Objetivo específico 2.

OE3: Objetivo específico 3.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PBSES: Prenatal Breast-feeding self-efficacy scale por sus siglas en inglés de Escala de Autoeficacia Prenatal.

PBSES-e: Prenatal Breast-feeding self-efficacy scale en español (e) por sus siglas en inglés de Escala de Autoeficacia Prenatal.

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses por sus siglas en inglés de Elementos Preferidos para Reportar Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis.

QPBS-EMCA: Questionnaire of Professional Breastfeeding Support of healthcare quality management program of the Spanish.

RRSS: Redes Sociales.

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences por sus siglas en inglés de Paquete estadístico para las ciencias sociales.

TAC: Traducción, Adaptación Cultural.

TACV: Traducción, Adaptación Cultural y Validación.

TGS: Teoría General de los Sistemas.

TIC: Tecnología de la Información y Comunicación.

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund por sus siglas en inglés de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

WBSS: Workplace Breastfeeding Support Scale por sus siglas en inglés de Escala de apoyo a la LM en el lugar de trabajo.

WOS: Web of Science por sus siglas en inglés de Web de la ciencia.

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Variables independiente y dependiente e ítems asociados.....	52
Tabla 2. Afirmaciones de la escala Likert y su relación con el área de estudio en la variable satisfacción.....	55
Tabla 3. Cuestionarios creados y validados en español para investigación en LM (aspectos generales)	68
Tabla 4. Cuestionarios y escalas de evaluación en LM traducidos y adaptados desde el inglés al español (aspectos generales)	78
Tabla 5. Problemas con la LM reportados por las madres.....	86
Tabla 6. Asociación entre nivel de estudios y número de hijos.....	93
Tabla 7. Asociación entre la nacionalidad y el nivel de estudios.....	93
Tabla 8. Asociación entre situación laboral de la pareja y tipo de lactancia hasta los 6 meses.....	94
Tabla 9. Relación entre variables sociodemográficas y la duración de la LM.....	94
Tabla 10. Asociación entre tipo de lactancia hasta los 6 meses y consulta con el médico de familia.....	95
Tabla 11. Efecto de variables relacionadas con el apoyo familiar y comunitario con respecto a la duración de LM.....	96
Tabla 12. Relación de variables del sistema familiar y comunitario por pares, con la duración de la LM.....	97
Tabla 13. Relación entre las variables: madre de la mujer lactante y la matrona del CDS con la duración de la LM.....	98
Tabla 14. Relación entre Las variables: la matrona del CDS y la consulta al profesional en maternidad con la duración de la LM.....	99
Tabla 15. Asociación entre la variable apoyo de la pareja y continuidad de la LM	100

Tabla 16. Asociación entre la variable consulta médico de familia y continuidad LM.....	100
Tabla 17. Asociación entre el nivel de satisfacción y el tipo de lactancia sostenido hasta los 6 meses.....	101
Tabla 18. Relación entre el nivel de satisfacción y el tiempo de duración de la LM.....	102
Tabla 19. Asociación entre el nivel de satisfacción y la continuidad de la LM.....	102
Tabla 20. Resultados expresados en frecuencias y porcentajes de las respuestas a las afirmaciones relacionadas con la satisfacción según la escala Likert.....	105
Tabla 21. Nivel de satisfacción percibida por las madres con la atención facilitada por parte del GALM.....	106
Tabla 22. Tabla 22. Resumen de la estadística descriptiva en cuanto al puntaje total, de satisfacción.....	106
Tabla 23. Medidas descriptivas para las afirmaciones de la escala Likert relacionadas con la actitud de las madres frente al problema.....	107
Tabla 24. Medidas descriptivas para las afirmaciones de la escala Likert relacionada con la percepción de satisfacción expresada por las madres encuestadas.....	108
Tabla 25. Resultados de las respuestas (frecuencias y % en filas) para cada afirmación de satisfacción y el tipo de alimentación. Valor del Chi cuadrado y de p.....	114
Tabla 26. Resultados estadísticamente significativos de la aplicación de la ANOVA sobre afirmaciones de satisfacción y duración de la LM.....	116
Tabla 27. Resultados de asociación entre las respuestas a las afirmaciones de satisfacción según la escala Likert y la continuidad de la LM, expresada en frecuencia, porcentaje y el valor de p.....	116

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Diez pasos para una lactancia exitosa.....	15
Figura 2. Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	20
Figura 3. Universo población y muestra.....	33
Figura 4. PRISMA 2009 Diagrama de flujo. Versión española.....	59
Figura 5. Edad de la madre encuestada.....	80
Figura 6. Nivel de estudios alcanzados por las madres encuestadas.....	81
Figura 7. Situación laboral. Comparativa entre las madres lactantes y sus parejas....	82
Figura 8. Edad del hijo en el momento de la encuesta.....	83
Figura 9. Apoyo percibido por la madre por parte de la familia y la comunidad.....	88
Figura 10. Personal consultado por las madres para aclarar dudas o resolver el problema con la LM. (expresado en %)	89
Figura 11. Tipo de lactancia hasta los 6 meses.....	90
Figura 12. Distribución de respuestas para las nueve afirmaciones de la escala Likert de satisfacción (valores mínimo máximo y puntaje de la media)	110
Figura 13. Valores de las medias de puntuación y de la desviación estándar ordenadas de mayor a menor en relación a las afirmaciones de satisfacción percibida por las madres.....	111

ANEXOS

Anexo 1. Solicitud de autorización al Comité de Ética de la Investigación en Humanos. Universidad de Valencia.

Anexo 2. Solicitud de acuerdo de colaboración entre el GALM Amamanta y la doctoranda para el desarrollo de la presente investigación.

Anexo 3. Respuesta favorable de colaboración por parte del GALM Amamanta.

Anexo 4. Convocatoria por el Instagram a participar en el estudio sobre el impacto de las redes de apoyo a la LM durante la pandemia.

Anexo 5. Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM.

Anexo 6. Comunicación científica tipo póster sin defensa en el XI Congreso de LM en Pamplona, marzo 2022: Cuestionarios validados en Castellano para investigación en LM.

Anexo 7. Comunicación científica tipo póster con defensa presentada en el XII Congreso de LM en Gran Canarias, abril de 2024: Estudio Transversal: Evaluación de la satisfacción en intervenciones virtuales grupales de apoyo a la LM.

Anexo 8. Comunicación científica tipo póster con defensa presentada en el XII Congreso de LM en Gran Canarias, abril de 2024: Evaluación de los factores del sistema familiar y comunitario en el apoyo a la LM.

Anexo 9. Artículo publicado: Cuestionarios validados en español para investigación en LM. Una revisión sistemática.

1. INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la lactancia materna (LM) es la manera más idónea de suministrar al bebé los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables (1,2). Los datos disponibles hasta la fecha ponen de manifiesto que la mayoría de las mujeres tienen la capacidad para amantar a sus hijos, sin embargo, es necesario que las mujeres y las familias dispongan de buena información, así como del apoyo del sistema familiar y de salud de la localidad a la que pertenecen, para favorecer una LM adecuada y que perdure en el tiempo (3,4).

1.1. Beneficios de la LM.

Múltiples investigaciones científicas y metaanálisis (5-8) han demostrado los beneficios de la LM para la madre, el recién nacido, la familia y la sociedad. Amamantar ayuda a la madre a recuperarse más rápido del parto, disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario, y previene la osteoporosis a largo plazo. También facilita la pérdida de peso ganado durante el embarazo y reduce la probabilidad de depresión postparto (9,10).

La leche materna proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan y contribuye con el fortalecimiento del sistema inmunológico de este. Esta contiene diversos elementos vivos que se transfieren especialmente en el calostro y la leche de transición de las primeras semanas, por los que la madre le aporta su inmunidad adquirida, la cual está adaptada a los patógenos de su entorno que le confieren propiedades inmunológicas y protectoras para el bebé. Algunos de estos elementos son: células inmunitarias como los Linfocitos T, Linfocitos B y macrófagos que protegen contra bacterias y virus, inmunoglobulinas IgA secretora que recubre las mucosas de los bebés

protegiéndoles de infecciones, así como IgG y IgM, que activan los complementos para eliminar patógenos. Contiene citoquinas y quimioquinas que regulan las respuesta inflamatoria e inmunitaria, así como oligosacáridos que favorecen el adecuado crecimiento de la microbiota intestinal, reduciendo el riesgo de gastroenteritis y de infecciones respiratorias, otitis, e incluso síndrome de muerte súbita (11). Los niños amamantados también tienen menor probabilidad de desarrollar obesidad y enfermedades crónicas en el futuro (12-14).

Por otro lado, la LM genera ahorros significativos en gastos a los sistemas de salud, ya que los bebés amamantados enferman menos, también genera adicionalmente un ahorro en el presupuesto familiar al no tener que invertir en fórmulas para alimentación infantil (15,16).

La LM es una práctica que beneficia a todos los involucrados y debe ser promovida y apoyada por las políticas públicas y la sociedad en general. Fomentar la LM contribuye a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU (ODS) de la Agenda 2030, como el hambre cero, la salud y bienestar de la madre y el lactante, la reducción de la pobreza, producción y consumo responsables y la acción climática, entre otros (17-19).

Es importante destacar el beneficio que produce la práctica de la LM en cuanto al mínimo impacto que tienen en las emisiones de carbono, en comparación con los procesos energéticamente intensivos involucrados en la producción de fórmulas infantiles, tales como: la fabricación, el envasado y el transporte, además de que generan una cantidad significativa de desechos, incluyendo materiales de embalaje, latas de fórmula y biberones desechables. La LM elimina la necesidad de estos residuos, reduciendo así la carga sobre los vertederos y apoyando una economía circular (20); razón por la cual

fomentar la LM contribuye a los esfuerzos globales para mitigar los efectos del cambio climático. Por otra parte, la LM no requiere recursos adicionales como el agua para la preparación de la fórmula o la energía para su producción. En un contexto donde los recursos globales, como el agua, son cada vez más escasos, promover la LM ayuda a conservar estos recursos vitales y fomenta patrones de consumo sostenibles.

Al optar por prácticas de alimentación infantil sostenibles como la LM, se contribuye a un medio ambiente más saludable, ya que la leche materna es una fuente de nutrición natural y biológicamente adecuada, minimizando la contaminación y los residuos asociados con la producción y eliminación de envases para fórmulas (21).

1.2. Algunas consideraciones sobre la LM.

A pesar de todo lo anteriormente expuesto sobre los beneficios de la LM, podrían existir diversos factores que inciden en que la LM no se mantenga de forma exclusiva durante los 6 primeros meses ni se prolongue en el tiempo hasta los 2 primeros años de la vida del lactante, tal como lo sugiere la OMS (1).

Las políticas y estrategias para el fomento y sostenimiento en el tiempo de la LM, que proponen instituciones sanitarias internacionales como la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) y nacionales como el Ministerio de Sanidad Español, y la Asociación Española de Pediatría (AEP), parecieran no ser suficientes para mejorar las tasas de lactancia materna Exclusiva (LME) hasta los seis meses de la vida del lactante y menos aún sostenerla hasta los 2 años de edad, como se desprende de los resultados de algunos estudios (22-28).

Los datos más recientemente documentados por el Ministerio de Sanidad de España

sobre la LM se fundamentan en la encuesta nacional de salud del año 2017, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (29), donde se menciona que en este país el 73,9 % de los bebés recibió LME durante sus primeras seis semanas de vida, pero que este porcentaje se reducía progresivamente siendo de un 63,9% a los tres meses de edad, de 39,0% a los seis meses y un 41,6% recibía solo alimentación mediante la lactancia artificial. Asimismo, la mencionada encuesta reportó que los niveles socioeconómicos (basados en la ocupación de la madre) no afectaban en gran medida al tipo de lactancia elegida para la alimentación del infante.

En España, se ha llevado a cabo el Estudio LAYDI (LM y Desarrollo Infantil), (30) un estudio prospectivo y multicéntrico, realizado a nivel nacional por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), y publicado el año 2024, en el que se analizan las tasas de LME, los factores socioculturales y perinatales que afectan su inicio y mantenimiento. Entre los hallazgos del estudio se reporta que un alto porcentaje de madres (90%) tiene la idea de amamantar a sus hijos al nacer, no obstante, este porcentaje cae al 66,4% a los 15 días de vida del recién nacido y se reduce de manera significativa con una tasa de LME de 35,2% a los 6 meses. En este estudio también se destaca la importancia del apoyo familiar y comunitario en la duración de la LM, la relación estable de los padres, la educación sobre lactancia recibida durante el embarazo, y el uso de asociaciones de apoyo como factores influyentes en el sostenimiento de la LM.

En un estudio realizado en el 2019 sobre las tasas y programas de LM en Europa, realizado por Theurich, M. A et al., (31) se obtuvo como resultado que las tasas de LM en Europa varían considerablemente, así como la metodología de recopilación de datos y los mecanismos para su apoyo, protección y promoción. La investigación también

reportó que inmediatamente tras el nacimiento, entre el 56% y el 98% de los lactantes en diversos países fueron alimentados con leche materna. A los seis meses, las tasas de LM se situaban entre el 38% y el 71%, y la LME oscilaba entre el 13% y el 39%. En 6 de los 11 países estudiados se implementaron planes nacionales dedicados a la promoción, protección y apoyo de la LM.

Según la UNICEF los bebés que no reciben LM en absoluto tienen 14 veces más probabilidades de morir que aquellos que reciben LME durante los primeros seis meses de la vida. Esta organización afirma que, a nivel mundial, sólo el 43% son amamantados de manera exclusiva durante sus primeros seis meses de la vida, también afirma que, según sus estudios, las mujeres no reciben ayuda inmediata para el inicio de la LM, después del nacimiento del bebé cuando son atendidas con atención médica personalizada durante el parto. No obstante, en Medio Oriente, África septentrional y Asia meridional, cuando son atendidas por parteras no calificadas, tienen mayor posibilidad de iniciar la LM tras el parto (32).

El anterior fenómeno se atribuye a diversos factores socioculturales y del sistema sanitario. En muchos entornos de bajos recursos, las matronas no calificadas suelen ser las principales o únicas asistentes en el parto debido a la escasez de centros sanitarios y personal médico cualificado (33,34). Estas matronas, a pesar de su falta de cualificación formal, suelen estar profundamente integradas en sus comunidades y gozan de la confianza de las familias locales. Suelen basarse en prácticas tradicionales, una de las cuales es la promoción de la LM inmediata, una práctica que se ha transmitido de generación en generación (35).

Por otra parte, las comadronas de la comunidad acostumbran prestar atención y apoyo

continuos a las madres, fomentando un entorno que favorece la LM. Su enfoque contrasta con el de algunos entornos sanitarios formales, donde las intervenciones médicas y la falta de atención personalizada pueden a veces obstaculizar el inicio inmediato de la LM (36). La labor de promoción de UNICEF destaca la importancia de integrar a las parteras tradicionales en el sistema sanitario oficial, mediante una formación y un apoyo adecuados. Esto garantiza el mantenimiento de las prácticas beneficiosas que promueven la LM inmediata, al tiempo que mejora la calidad general de la atención materna y neonatal (37).

La diversidad y heterogeneidad de los resultados de los estudios sobre LM, así como de las intervenciones realizadas hasta la fecha, ponen de manifiesto la necesidad de estudiar cuáles son los factores externos al binomio madre-hijo que conducen a las bajas tasas de LME durante los primeros seis meses y a la interrupción temprana de la LM durante el primer año de la vida. Esto plantea un tema de salud pública que amerita especial atención, a los fines de superar las barreras que obstaculizan y fomentar los factores que la estimulen y la sostengan, el mayor tiempo posible para el lactante.

De allí la importancia de realizar estudios que involucren a todos los actores implicados en el desarrollo del proceso de LM, que favorecen o no esta práctica de alimentación infantil, puesto que no es sólo de la madre y el niño de quienes depende la sostenibilidad de esta en el tiempo.

1.3. Relevancia del enfoque sistémico en el estudio de la LM.

El denominado enfoque sistémico se desarrolla a partir de la Teoría General de los Sistemas (TGS) creada por Karl Ludwig Von Bertalanffy (38), quien propuso su teoría como una herramienta amplia que podría ser compartida por muchas ciencias distintas,

entre ellas la psicología y las ciencias sociales.

Para el mencionado autor el “sistema” se puede definir como un conjunto de elementos que interactúan entre ellos, forman parte de un todo y poseen características estructurales que incluye la interrelación entre sus componentes, asimismo cuentan con características funcionales, que en el caso de los sistemas humanos se refiere a la búsqueda de un objetivo común por parte de sus elementos. Un aspecto clave que diferencia a los sistemas es si son abiertos o no a la influencia del entorno en los que se encuentran.

Los sistemas, según esta teoría, se fundamentan en tres premisas básicas:

1. Los sistemas existen dentro de sistemas, cada sistema existe dentro de otros más grandes.
2. Los sistemas son abiertos y se caracterizan por un proceso de intercambio con su entorno que está constituido por otros sistemas.
3. Las funciones de un sistema dependen de su estructura.

Por lo tanto, los sistemas, la familia como uno de estos, son conjuntos de elementos en interacción dinámica, que se adaptan y evolucionan mediante procesos de homeostasis (equilibrio) y morfogénesis (cambio). Este enfoque permite analizar a la familia como un sistema abierto, en constante interacción con su entorno, influenciado por y a su vez influenciando a otros sistemas circundantes

En el contexto de la terapia familiar fundamentada en el enfoque sistémico de ésta (39), se destaca cómo las familias no solo son influenciadas por factores internos (microsistema) sino también por contextos más amplios (mesosistema y macrosistema).

Desde la mirada de la TGS y su relación con la LM, se presenta a continuación un acercamiento a los diferentes niveles sistémicos según esta teoría:

- **Microsistema:** en el nivel más íntimo, la lactancia se ve afectada o favorecida por las interacciones que se dan dentro del núcleo familiar. El apoyo emocional y práctico ofrecido por parte de los familiares del entorno inmediato, tales como el padre del hijo o la pareja de la madre, la madre de la mujer lactando y las hermanas (la familia), es crucial para el sostenimiento de la lactancia.
- **Mesosistema:** en un nivel intermedio se registran las influencias de sistemas externos con los que la familia y la madre que inicia la lactancia, interactúa directamente, como por ejemplo otras madres que están lactando en ese momento y quienes constituyen sus pares a nivel social, así como los GALM. También se incluyen en este nivel a las consultoras de lactancia, y a los programas de salud locales que cuentan con los profesionales del área de la salud encargados de orientar y dar respuesta a las inquietudes o problemas que se presenten durante el período de instauración y sostenimiento de la LM.
- **Macrosistema:** en un contexto más amplio de los niveles sistémicos se ubican, las políticas públicas de cada país, las normas culturales, los valores sociales, así como los objetivos a lograr por parte de instituciones nacionales e internacionales que fomenten conjuntamente la LM.

De lo expresado anteriormente se puede deducir que la práctica de la LM puede ser analizada desde la perspectiva sistémica. En ese sentido, se ha señalado que el “entorno social y familiar de la madre, es trascendental para el éxito de la LM” (22), por lo tanto, la influencia del microsistema familiar (pareja, madre, hermanas), así como de la

comunidad, integrada por mujeres amantando a su alrededor, los GALM, sumado al conocimiento y apoyo brindado por los profesionales del área de la salud dedicados a esta área de la atención pública, podría favorecer o no, el sostenimiento de la LM durante los dos primeros años de la vida (3).

A continuación, se abordarán en detalle los niveles sistémicos mencionados para una mayor comprensión de los mismos y sus influencias en la LM.

1.3.1. Microsistema: papel de la familia en el apoyo a la LM.

Los diferentes miembros de la familia pueden influir en las decisiones de la madre sobre la LM, así como en su capacidad para mantenerla a lo largo del tiempo. Por lo tanto, la familia y en especial la pareja, como unidad de apoyo a la madre que lacta, juega un papel fundamental en el sostenimiento de la misma (40).

La influencia de la pareja en el apoyo a la LM durante el primer año de vida es un área de creciente interés en la investigación sobre la salud materno-infantil. Estudios de revisión sistemática y metaanálisis (41,42) sugieren varios puntos clave sobre cómo el apoyo de la pareja puede impactar la lactancia.

Estudios como el de Mitchell-box et al., (43)· encontraron que el apoyo emocional y práctico de los padres puede incrementar significativamente la duración y exclusividad de la lactancia. Los padres que están bien informados y apoyan activamente a sus parejas en la lactancia, contribuyen con el aumento de la confianza en las madres y en consecuencia con una mejor adherencia a las prácticas de lactancia. Según un estudio realizado por Rodríguez- Vásquez et al., (44) similar influencia puede ejercer la abuela del recién nacido sobre la madre que inicia la LM.

La familia y sus miembros como microsistema, interactúan de manera dinámica, lo cual puede ser favorable o no para el sostenimiento de la LM, dependiendo de las dinámicas de la madre y las del grupo familiar, en torno al abordaje de esta práctica de alimentación para el bebé (45-47).

1.3.2. El mesosistema en la perspectiva sistémica para la LM.

En este nivel se encuentran los amigos y amigas de la familia, así como las mujeres del entorno que amamantan o han amamantado, quienes han tenido experiencias positivas con la LM y que pueden compartir con la nueva madre y brindarle un apoyo emocional significativo. Estas interacciones pueden darse tanto en el día a día como a través de los GALM, donde se ofrece un espacio para que las madres compartan sus experiencias y obtengan un entorno comunitario propicio para recibir apoyo emocional y consejos prácticos sobre el tema, de parte de otras madres voluntarias, profesionales capacitadas o asesoras de LM. Estos grupos son efectivos para mejorar la duración y exclusividad de la LM, tal como lo exponen Morse y Brown (48) en una revisión sistemática sobre los beneficios, retos y repercusiones del acceso al GALM en las redes sociales.

En un estudio realizado en España por Baño-Piñero et al., (49) se reconoce la presencia de los grupos y las redes de apoyo a la LM como una herramienta fundamental en la labor de estimular a las madres en el sostenimiento de la lactancia. A las mencionadas estructuras de apoyo acuden las madres para plantear problemas comunes como el dolor durante el amamantamiento, las dificultades para el agarre del pezón, la mastitis, el agotamiento y la falta de seguridad en la técnica del amamantado. También proporcionan acompañamiento emocional comprensivo y sin críticas, generando confianza y seguridad

en el proceso, favoreciéndolo y haciéndolo más humanizado. Este apoyo puede llevar a que las madres sientan el placer de haber alcanzado el objetivo de amamantar y se impliquen en procesos posteriores de acompañamiento y apoyo, tal como se realiza en los GALM.

El personal sanitario también forma parte del mesosistema. La influencia de estos profesionales puede ser determinante, ya que pueden proporcionar apoyo y consejos prácticos sobre la instauración y el mantenimiento de la LM. La efectividad de esta influencia depende en gran medida de la capacitación y el conocimiento que posea este tipo de personal sobre estas prácticas. Un personal bien capacitado puede promover la LM como la mejor forma de alimentación para el lactante, mientras que una falta de conocimientos adecuados puede resultar en un apoyo deficiente o en información incorrecta para las madres (50).

Los médicos, enfermeras y consultores de lactancia juegan un papel fundamental en la promoción y el sostenimiento de la LM. Su capacitación y actitud hacia la LM pueden influir positivamente al proporcionar información y apoyo adecuados, o negativamente si carecen de conocimientos o muestran actitudes desfavorables.

En el mesosistema se destaca el papel del médico pediatra, considerado de gran importancia por parte de las madres en el momento solicitar información acerca de la alimentación de su hijo, sobre todo madres de primer parto, inexpertas y que necesitan una orientación de confianza, por lo que la consulta con este especialista, sería la consulta más oportuna para facilitar a la madre la adecuada instrucción respecto a la LM.

En un estudio publicado en el 2023, realizado por la Asociación Internacional de Pediatría (51), que contó con la participación de 14 países (representando a los cinco continentes) y cuyo objetivo principal fue considerar cómo los pediatras pueden promover y apoyar mejor la LM, tanto a nivel individual como formando parte de las prácticas y políticas a ese respecto, se llegó a la conclusión que se deben establecer ciertas estrategias internacionales para mejorar el rol del papel del pediatra en la promoción y el soporte de la LM, a nivel del mesosistema, dadas las posibles deficiencias que en general presenta este profesional del área de la salud en cuanto a su conocimiento y actuación frente a la LM.

El pediatra es uno de los profesionales al que más acuden las madres para la evaluación del crecimiento y desarrollo del bebé lactante (30), por lo tanto se sugiere la preparación adecuada de este profesional de la medicina en cuanto al conocimiento del proceso, desarrollo e instauración de la LM, para evitar la minimización de la importancia de la LM, cuando de manera involuntaria se refiere a la insuficiencia de la leche materna y sugiere el uso de suplementos con fórmula infantil, para asegurar el aumento de peso del bebé.

En relación a esto, en un estudio realizado en España acerca del conocimiento de los médicos residentes de pediatría y médicos pediatras, publicado en la Revista Española de Salud Pública (52), se llegó a la conclusión que existían “lagunas” en la formación en el área de LM en los residentes de pediatría y que existían algunos hospitales en los que sus médicos residentes en el área de pediatría tenían conocimientos claramente insuficientes. Sin embargo, en los hospitales acreditados por la IHAN no se hallaban tales carencias por lo que se propone universalizar y sistematizar la formación en LM

durante la formación como pediatras, lo cual podría producir un impacto en el aumento de las tasas de LM, además de facilitar la prevención de enfermedades como las gastroenteritis, las intolerancias alimentarias, las alergias y otros problemas inmunológicos en la población infantil.

Continuando con el mesosistema, se destaca que en una revisión sistemática mundial realizada por Pérez-Escamilla et al., (53) se examinó el impacto de la IHAN, basada en los Diez Pasos para una LM Exitosa (figura 1). De los hallazgos se derivó que existe una relación entre el número de pasos de la IHAN a los que están expuestas las madres y la probabilidad de tener mejores resultados de LM. Estos resultados incluyen el inicio temprano de la LM, la LME al momento del alta hospitalaria, y una mayor duración tanto de la LM como de la LME. Por otro lado, el apoyo comunitario expresado en el paso 10, que establece referir a las madres a recursos de apoyo en la comunidad y fomentar la organización de GALM, parece ser fundamental para sostener los beneficios de las intervenciones hospitalarias a largo plazo. Es decir, que una mayor adherencia a los diez pasos de la IHAN, incluyendo el apoyo comunitario posterior al alta, mejora significativamente los indicadores de LM.

Otro estudio realizado en Canadá por Baerg et al., (54) en este caso de tipo encuesta, dirigido a indagar sobre las necesidades de aprendizaje de los médicos de familia, pediatras y obstetras en relación al conocimiento dirigido al soporte y apoyo a las madres durante el proceso de instauración de la LM, arrojó como resultado que estos reconocen la importancia de algunos temas desconocidos y no manejados por ellos, con especial interés en el manejo de la indicación de analgésicos, antidepresivos y otros medicamentos durante la lactancia, así como la disponibilidad de recursos en la

comunidad para apoyar la LM. También expresaron que tenían baja confianza al momento de evaluar el agarre del pecho y dieron poca importancia al aprendizaje de este aspecto de la LM, a pesar de la importancia de esta habilidad para apoyar en el inicio y la instauración de la LM.

De lo anterior se concluye que la formación a nivel del pregrado de los profesionales del área de la salud podría ser una alternativa para solventar las deficiencias referidas. Así lo confirman Sandhi et al., (55) quienes, en una revisión sistemática y metaanálisis, concluyeron que realizar intervenciones educativas sobre LM en los estudiantes de grado en enfermería y medicina mejoraba eficazmente las habilidades en cuanto a el abordaje de las madres que inician la LM, razón por la cual se consideró la importancia de incluir esta formación en las prácticas durante el pregrado.

Por otro lado, las enfermeras pediátricas, las matronas y las asesoras en lactancia, también juegan un papel crucial en la promoción y sostenimiento de la LM al proporcionar educación y apoyo continuo a las madres (56). Estas son fundamentales en la detección de problemas tempranos relacionados con la lactancia y ofrecen soluciones efectivas a los mismos, adicionalmente alientan a las madres a continuar amamantando a pesar de las dificultades iniciales. Las matronas deberían proporcionar atención integral durante el embarazo, parto y postparto, pudiendo influir, en el fomento de la LM.

Para finalizar el recuento sobre la incidencia del mesosistema en la LM, se menciona la revisión sistemática realizada por Beake et al., (57) según la cual las intervenciones del personal sanitario en madres que se han sometido a cesáreas pueden ser cruciales para educarlas sobre los beneficios de la LM. Adicionalmente se señala que estas intervenciones pueden fortalecer la autoeficacia de la madre, mediante el ofrecimiento

de apoyo práctico durante las etapas iniciales y la instauración de la LM, lo que puede resultar fundamental para su mantenimiento a largo plazo.



Figura 1. Fuente: Adaptado de *Diez pasos para una lactancia exitosa*, de IHAN, 2024,

<https://www.ihan.es/recursos/documentos-sobre-lactancia-materna/>.

1.3.3. El macrosistema y la LM: políticas nacionales e Internacionales.

El Gobierno de España, a través del Ministerio de Sanidad, ha puesto en marcha varias políticas e iniciativas para fomentar y mejorar las tasas de LM. Se ha comprometido a mejorar estas prácticas de alimentación infantil mediante la capacitación de profesionales sanitarios y la implementación de protocolos adecuados.

En el Boletín Oficial del Estado publicado el día 05 de septiembre de 2023 (BOE-A-2023-19182), se detalla el Convenio entre la Secretaría de Estado de Sanidad y la IHAN (58). Este convenio se centra en la promoción, protección y apoyo a la LM en España, alineándose con diversas resoluciones y estrategias internacionales de la ONU y la UNICEF como la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, en el que se incluye promover la LM y la alimentación complementaria como intervenciones que reduzcan significativamente los factores de riesgo modificables comunes de las enfermedades no transmisibles, como lo son la desnutrición y la obesidad infantil.

Con respecto al “Plan de aplicación integral sobre nutrición materna del lactante y del niño pequeño”, en el que se estableció como meta mundial N° 5 que para el año 2025 se aumentara la tasa de LME en los primeros seis meses de vida, hasta un 50 % como mínimo (58). El convenio, mencionado inicialmente, también destaca la importancia de la coordinación entre niveles asistenciales y el desarrollo de entornos comunitarios que apoyen la LM. Asimismo, se propone el fortalecimiento de medidas legislativas para

asegurar los derechos de las madres lactantes y se busca que se cumpla con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (59).

El Ministerio de Sanidad ha integrado la promoción de la LM en varias estrategias nacionales, como la Estrategia de Atención al Parto Normal y la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (60), que fomentan prácticas como el contacto precoz piel con piel y la lactancia en la primera hora de vida. De igual manera se promueven la educación y capacitación de profesionales sanitarios y los programas de apoyo a la LM en los Centros de Salud (CDS), fomentando las iniciativas comunitarias como los GALM y las unidades de lactancia en los hospitales, así como las estrategias de la IHAN, que están alineadas a las orientaciones de la OMS y la UNICEF.

Las políticas hasta aquí mencionadas abordan diversas barreras comunes para la LM, como la falta de apoyo profesional y familiar, la desinformación y la influencia de la publicidad de fórmulas artificiales. Con estas estrategias, se busca mejorar significativamente las tasas de LM y, por ende, la salud de madres y bebés.

1.3.4. La LM y los objetivos de la agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.

Continuando con el nivel del macrosistema, España se ha comprometido con los ODS de la ONU. El fomento y sostenimiento de la LM juega un papel de vital importancia en la consecución de los ODS de la ONU (61), debido a sus numerosos beneficios para la salud, la economía, el medio ambiente y la igualdad de género, entre otros.

A continuación, se describen cómo la LM contribuye a algunos de estos objetivos:

ODS 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo: La LM es una

opción económica para alimentar a los bebés, lo que contribuye a reducir los costos de mantenimiento en las familias en comparación con la alimentación con fórmula. Esta práctica es especialmente relevante para las familias de bajos ingresos, donde los gastos en la fórmula infantil pueden suponer un incremento considerable en el presupuesto familiar.

ODS 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y mejorar la nutrición: La LM proporciona los nutrientes esenciales que los bebés necesitan para un desarrollo saludable y previene tanto la desnutrición como la obesidad. Fomenta la seguridad alimentaria desde la edad temprana, garantizando que los bebés reciban una nutrición adecuada independientemente de la capacidad económica familiar.

ODS 3: Garantizar una salud y un bienestar para todos y en todas las edades: La LM mejora significativamente la salud y el desarrollo infantil, reduciendo la incidencia de enfermedades infecciosas, mejorando la inmunidad y contribuyendo al desarrollo cognitivo. Además, protege la salud materna, reduciendo el riesgo de cáncer de mama y ovario, y favoreciendo la recuperación postparto.

ODS 4: Asegurar una educación de calidad, inclusiva y equitativa y promover oportunidades de aprendizaje continua para todos: Los niños amamantados suelen mostrar mejores resultados en el desarrollo cognitivo y niveles más altos de coeficiente intelectual, lo que conduce a un mejor rendimiento académico a lo largo de su vida. Esto se atribuye a los nutrientes esenciales proporcionados por la leche materna y al vínculo afectivo que se establece durante la lactancia.

ODS 5: Igualdad de género: La LM puede empoderar a las mujeres, debido a que les proporciona un control sobre la salud y la nutrición propia y de sus hijos. Sin embargo, es crucial que las políticas laborales apoyen a las madres lactantes para que puedan equilibrar el trabajo y la LM.

ODS 6: Garantizar el acceso a agua limpia y saneamiento para todos: La LM no requiere agua limpia ni saneamiento, a diferencia de la preparación de fórmula, que necesita agua segura y condiciones higiénicas para evitar infecciones. Esto es particularmente relevante en regiones con acceso limitado a agua potable.

ODS 7: Garantizar el acceso a energía asequible, sostenible y no contaminante para todos: La LM es una práctica sostenible que consume menos energía y recursos en comparación con la fabricación y distribución de la fórmula, lo que contribuye a un uso más eficiente de los recursos y a la disminución de las emisiones de carbono.

ODS 10: Reducir las desigualdades en todas sus formas: Promover y apoyar la LM en todas las comunidades, especialmente en las más vulnerables, puede contribuir a reducir las desigualdades en salud y nutrición, proporcionando a todos los bebés un comienzo de vida bajo parámetros de equidad.

ODS 12: Garantizar que las producciones y consumos sean sostenibles y responsables: La LM por ser una forma de alimentación natural y sostenible, no genera residuos ni requiere recursos industriales para su producción. Esto contrasta con la alimentación con fórmula, que implica la producción y el desecho de envases y otros materiales.

Como se puede apreciar, la LM es una práctica que se alinea con varios de los ODS de las Naciones Unidas, como la buena salud y bienestar, la educación de calidad, la igualdad de género, y la sostenibilidad ambiental. Es por esto que su promoción beneficia a todos los involucrados y a la sociedad en su conjunto, y la convierte en una estrategia clave para avanzar hacia un mundo más saludable, equitativo y sostenible para todos.

La figura 2, a continuación, despliega los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030.



Figura 2 Adaptado de *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, de United Nations, 2015,

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

1.4. Impacto de la pandemia en la atención virtual a madres lactantes.

En otro orden de ideas, y continuando con los objetivos de este trabajo de investigación, se hace necesario ubicarse en el contexto histórico de marzo de 2020, con la declaración del estado de alarma producto de la pandemia mundial por COVID-19, y de cómo esa situación afectó significativamente la experiencia de lactancia la LM (62).

Según un estudio realizado en el Reino Unido (63), la pandemia planteó desafíos considerables para las familias con lactantes en sus primeros meses de vida. La falta de apoyo por parte del personal sanitario, que tradicionalmente asistía en estas tareas, pero fue reasignado a otras funciones debido al incremento descontrolado de casos y muertes por el virus, complicó la situación.

En medio de las difíciles circunstancias sanitarias generadas por la pandemia, en España, la Asociación Española de LM (AELAMA) publicó un estudio sobre las buenas prácticas para el fomento de la LM en el postparto inmediato (64). A pesar del desconocimiento casi total sobre el impacto del COVID-19 tanto en la madre como en el niño, este estudio subrayó la importancia de mantener prácticas que favorecen el vínculo madre-hijo y promueven el inicio inmediato de la LM. Para minimizar la interrupción de la LM, la AELAMA propuso como estrategia, la concientización de los profesionales y las instituciones sobre el impacto negativo de la separación de los recién nacidos de sus familias. Además, enfatizó la importancia de seguir implementando cuidados que garantizaran tanto la seguridad como el mínimo riesgo de contagio, asegurando así el mejor apoyo posible a las madres lactantes en un momento de tanta incertidumbre.

En este nuevo estilo de vida, que nos ha dejado la experiencia de cómo manejar el confinamiento y restricciones sociales, se hizo necesario evaluar cuáles de las

herramientas aplicadas en aquel momento pueden aún estar al alcance de la madre y del entorno familiar y contribuir a facilitar la LM. En ese sentido, las redes de apoyo a la LM en los Hospitales como lo son las unidades de lactancia, los CDS, las organizaciones civiles sin fines de lucro, los GALM, que hicieron uso tanto de las Tecnología de la información y Comunicación (TIC) como de las redes sociales (RRSS), se posesionaron en el uso de herramientas emergentes al alcance de muchas madres para mejorar la efectividad de las intervenciones. En relación a esto, Blackmore et al., (65) en una revisión sistemática y metaanálisis publicado en Canadá, concluyeron que el apoyo virtual a la lactancia se asoció con un aumento de las tasas de LME al mes y a los 6 meses posparto.

Al parecer, este proceso de búsqueda de soporte por medio del internet y de los grupos de apoyos virtuales en las RRSS, ya venía gestándose como una alternativa útil en madres que no lograban la atención deseada por parte de los pediatras, matronas y enfermeras pediátricas en maternidades, CDS y GALM de manera presencial, siendo el apoyo virtual más accesible y práctico para algunas madres (66,67). Durante la pandemia, estos métodos tomaron auge y se presentaron como una alternativa útil y rápida a quienes lograron la conexión virtual para encuentros, aclarar dudas o recibir apoyo online, a través de los dispositivos como teléfonos móviles, tabletas, laptop, ordenadores o computadores personales, cuando estos están a disposición de la madre y la familia (68).

El estudio de Almohanna et al., (69) respalda la importancia de las intervenciones tecnológicas basadas en Internet para mejorar los resultados de la LM, destacando su efectividad en la provisión de apoyo a madres lactantes. Tras la pandemia, estas

herramientas virtuales han demostrado ser cruciales para continuar el soporte de la lactancia en entornos no presenciales, permitiendo evaluar y adaptar el apoyo familiar y comunitario de manera remota. Esta evidencia refuerza la necesidad de mantener y optimizar las redes virtuales de apoyo, ya que su impacto positivo en la satisfacción y el sostenimiento de la lactancia sigue siendo relevante en la etapa post-pandemia (69).

1.5. Papel del grupo de apoyo a la LM Amamanta en la pandemia por COVID-19.

Durante la pandemia por COVID-19, y ante las restricciones impuestas por el confinamiento, el GALM Amamanta en la Comunitat Valenciana jugó un papel destacado en el acompañamiento y apoyo a las madres lactantes.

Para continuar brindando asistencia durante este periodo, este grupo adaptó sus actividades rápidamente, implementando el uso de plataformas virtuales como Zoom y WhatsApp. Estas herramientas permitieron que las madres en el proceso de inicio e instauración de la lactancia, así como aquellas que ya estaban lactando, pudieran recibir el apoyo necesario, superando las limitaciones impuestas por la emergencia sanitaria.

Este GALM inició sus actividades de talleres virtuales (marzo 2020), los cuales se mantienen hasta la actualidad (70). Cuenta con la experiencia de realización de talleres presenciales a lo largo de 24 años de trayectoria, con sedes en diferentes CDS de la Comunitat Valenciana y ahora con casi 4 años de experiencia en la actividad de asistencia virtual semanal ininterrumpida desde la pandemia, a las madres lactantes que les contactan. Amamanta, se encuentra entre la lista de los grupos de apoyo a la lactancia adscritos al IHAN (71) y cuenta con 19 asesoras, 8 matronas y 2 enfermeras de pediatría, además de madres voluntarias llamadas “socias” quienes realizan la asesoría vía online por turnos.

A finales del mes de abril del 2021 se realizó un webinar sobre el tema de Lactancia en pandemia, organizado por el Ministerio de Sanidad y la IHAN (72), a los fines de difundir la experiencia de la lactancia durante la pandemia y de compartir conocimientos útiles a tomar en consideración en estos tiempos. Asimismo, para valorar el surgimiento de nuevas estrategias que permitieran difundir el apoyo a la LM de maneras diversas, hasta hace poco desconocidas y no experimentadas, que se precipitaron debido a la situación sanitaria inducida por la pandemia y que vino a dejar una nueva experiencia a la humanidad entera.

Amamanta, ha continuado la labor de asistencia a las madres lactantes, ahora con las modalidades presencial y virtual, lo cual las hace más versátiles en cuanto a su forma de apoyo. Cuenta con una página web muy intuitiva y amigable (70), donde se informa a las madres las diferentes actividades que se realizan y las formas para acceder a las mismas. De igual manera continúan realizando el voluntariado presencial en 8 hospitales, y realizan talleres presenciales en diferentes localidades y CDS de la Comunitat Valenciana. Según su página web hasta el 2023 habían atendido a un total de 9.024 madres.

Grupos de apoyo a la LM como Amamanta, que adaptaron rápidamente sus prácticas a las herramientas virtuales durante la pandemia, podrían ofrecer un modelo a seguir en la promoción de la LM en situaciones de confinamiento y más allá.

En ese orden de ideas, en este estudio no solamente se busca analizar el impacto del sistema familiar y comunitario en el sostenimiento de la LM, sino evaluar la satisfacción de las madres con las intervenciones realizadas por parte del GALM de manera virtual, lo cual se consolidó durante de la pandemia de COVID-19.

La evaluación de estas dinámicas proporcionará una comprensión más profunda de los factores que podrían interactuar para mejorar las tasas de LM y la posibilidad de ofrecer valiosos aportes para futuras estrategias de promoción y apoyo a la LM.

2. HIPÓTESIS.

2.1. Hipótesis nula.

"El apoyo virtual y/o presencial, ofrecido a la madre lactante durante el confinamiento por COVID-19, por parte del sistema familiar (pareja, madre, otros familiares) y comunitario (amigas, GALM, personal sanitario) no tuvo un efecto significativo en el proceso de sostenimiento de la LM."

2.2. Hipótesis alternativa.

"El apoyo virtual y/o presencial, ofrecido a la madre lactante durante el confinamiento por COVID-19, por parte del sistema familiar (pareja, madre, otros familiares) y comunitario (amigas, GALM, personal sanitario) tuvo un efecto significativo en el proceso de sostenimiento de la LM".

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo general.

Evaluar los factores del sistema familiar y comunitario que influyen en el sostenimiento de la LM y determinar la satisfacción de las madres con las intervenciones de apoyo presencial y en línea para el mantenimiento de esta, aplicadas durante la pandemia de COVID-19.

3.2. Objetivos específicos.

- Objetivo específico 1 (OE 1). Determinar, en bases de datos especializadas, la disponibilidad de cuestionarios validados en español para la investigación en LM, que midan actitudes, conocimientos y apoyo social a la LM.
- Objetivo específico 2 (OE 2). Identificar los factores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM, estudiados en una muestra de población de la Comunitat Valenciana, perteneciente al GALM Amamanta, durante la pandemia de COVID-19.
- Objetivo específico 3 (OE 3). Evaluar la satisfacción de las madres con las intervenciones en línea de un GALM, y su efecto en el sostenimiento de la LM, en tiempos de confinamiento y medidas de restricción por la pandemia por COVID-19.

4. METODOLOGÍA.

4.1. Descripción del estudio

Para alcanzar el objetivo general de esta investigación se implementó un enfoque metodológico organizado en dos fases.

La primera fase se corresponde con el OE1. Tiene un propósito de síntesis de evidencia y se llevó a cabo con la realización de una revisión sistemática de instrumentos validados en español para la investigación en LM (73). El OE1 se propuso determinar la disponibilidad de cuestionarios en bases de datos especializadas que midieran las actitudes, conocimientos y apoyo social a la LM, validados en español. Esto permitió identificar la existencia de algún cuestionario validado que pudiera utilizarse para investigar la influencia del sistema familiar y comunitario en el sostenimiento de la LM durante el estado de alarma por la pandemia de COVID-19.

La revisión sistemática incluyó datos sobre los resultados estadísticos y la validación de los cuestionarios, así como una descripción detallada de cada instrumento. Se proporcionó información sobre los aspectos generales de cada cuestionario, como el contexto y lugar de la investigación, su propósito, características y la población objetivo, entre otras cosas. Estos hallazgos se presentaron tanto en texto como en tablas resumen, tal como se expone en el apartado de resultados.

En ese sentido, las revisiones sistemáticas tienen como objetivo ofrecer una síntesis exhaustiva e imparcial de varios estudios relevantes en un solo documento, empleando métodos explícitos, rigurosos y transparentes. Esto minimiza sesgos y proporciona resultados fiables para la obtención de conclusiones y la toma de decisiones (74,75). La metodología de esta fase se describe en el apartado 4.3.

En la segunda fase correspondiente a los OE2 y OE3, se realizó un estudio tipo encuesta, con un enfoque transversal retrospectivo, orientado por un doble propósito; para el OE2 descriptivo relacional y evaluativo para el OE3. Para el estudio, se utilizó el "Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM" (76), uno de los instrumentos analizados en la primera fase de la investigación. Este cuestionario fue aplicado para el desarrollo de ambos objetivos, empleando las secciones pertinentes, en cada caso según las variables a investigar.

En el OE2 con la finalidad de identificar los factores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM, tal como se detalla en el apartado 4.4 de este trabajo de investigación.

En el caso del OE3, con el propósito de evaluar la satisfacción percibida por las madres en relación con el apoyo recibido por parte de un GALM, así como su repercusión en el sostenimiento de la LM durante la pandemia de COVID-19. Esto se especifica con más detalle en el apartado 4.5.

Esta segunda fase combinó métodos cuantitativos y cualitativos para la recopilación y análisis de la información.

La decisión de utilizar métodos mixtos en la investigación proporciona un marco sólido para alcanzar una comprensión multidimensional más completa y rigurosa de la problemática en estudio, mejorando la calidad de los resultados y su aplicabilidad en el ámbito académico y práctico. Esta estrategia metodológica se alinea con los estándares de la investigación científica contemporánea y potencia la generación de conocimiento válido y significativo (77-79).

4.2. Universo, Población y Muestra.

La determinación del universo, la población y la muestra para el desarrollo del OE1 se ajustó a los criterios establecidos para revisiones sistemáticas según los cuales el universo abarcó los artículos y estudios académicos en bases de datos especializadas (PubMed, Web of Science, Embase) que incluyeran cuestionarios relacionados con la LM. La población comprendió aquellos artículos que presentaban cuestionarios sobre LM, específicamente orientados a medir actitudes, conocimientos y apoyo social, ya sea traducidos, adaptados o desarrollados originalmente en español, y publicados en bases de datos relevantes. La búsqueda inicial identificó 62 artículos. Aplicando criterios de inclusión y exclusión (eliminación de duplicados, artículos en otros idiomas, falta de acceso completo o de validación en español), la muestra final se redujo a 9 artículos originales que cumplían con los requisitos de validez y aplicabilidad de los cuestionarios para evaluar actitudes, conocimientos y apoyo social en LM.

Este proceso, tal como se ilustra en el apartado de resultados, (figura 4 del diagrama de flujo, PRISMA) muestra la depuración rigurosa y justificada de los artículos que finalmente conforman la muestra representativa.

Para los OE2 y OE3, se definió el mismo universo y población, como se especificará más adelante. Sin embargo, la selección del número de participantes en la muestra varió para cada uno de los objetivos a alcanzar. En este apartado se describe el proceso utilizado para seleccionar las muestras, con el fin de favorecer el seguimiento del proceso por parte del lector y permitirle una comprensión clara y detallada del mismo, garantizando así la coherencia y la transparencia en el proceso de recolección e interpretación de datos.

El universo para los OE2 y OE3 estuvo conformado por 1.500 madres inscritas en el GALM Amamanta desde el 17 de marzo de 2020 (tres días después de la declaración del estado de alarma mundial y confinamiento por parte de la OMS) hasta el mes de mayo de 2021. Según los registros de la institución, estas madres participaron en las reuniones semanales, al menos una vez, a través de la plataforma Zoom.

Las madres fueron convocadas a participar por la coordinadora encargada de las comunicaciones, vía correo electrónico. La convocatoria se reforzó por el Instagram de la asociación (Anexo 4). Se les envió el enlace del cuestionario presentado en Google Forms, que incluía un campo para manifestar el consentimiento informado para participar en la investigación (Anexo 5).

Se obtuvieron respuestas de 211 madres lactantes, quienes fueron consideradas la población para la segunda fase de la investigación (OE2 y OE3). Las madres que aceptaron participar completaron el cuestionario en línea entre el 10 de junio y el 30 de julio de 2021. Se recopilaron los datos en una base de datos anonimizada.

La muestra para el OE2 se seleccionó aplicando criterios de inclusión y exclusión a los sujetos de la población, lo que tipifica un muestreo de conveniencia o no probabilístico (80).

Criterios de inclusión:

- Madres que solicitaron asistencia en línea desde el 17 de marzo hasta el 31 de mayo de 2021, para el desarrollo de la experiencia de LM y que consultaron por este medio alguna duda, problema o dificultad con la lactancia.
- Madres con lactantes menores de 18 meses, que recibieron apoyo en línea del GALM a través de Zoom en los encuentros semanales y que realizaron al menos una consulta durante el periodo especificado.

- Madres que realizaron al menos una consulta virtual a un profesional sanitario o asesora de lactancia durante ese periodo.
- Madres que voluntariamente quisieron participar en el estudio y completaron todo el cuestionario.

Criterios de exclusión:

- Madres que no solicitaron asistencia en línea o cuya asistencia se realizó fuera del periodo comprendido entre el 17 de marzo de 2020 y el 31 de mayo de 2021.
- Madres con lactantes mayores de 18 meses.
- Madres que no recibieron apoyo en línea a través de medios virtuales en los encuentros semanales o que no consultaron a un profesional o grupo de apoyo al menos una vez durante el periodo especificado.
- Madres que no respondieron adecuadamente y completamente a las preguntas del cuestionario.

La aplicación de estos criterios, condujo a descartar 26 encuestas, (21 cuyos lactantes eran mayores de 18 meses y 5 cuyas respuestas fueron incoherentes), y a definir una muestra para el OE2 conformada por 185 madres encuestadas.

Para definir la muestra correspondiente al OE3, se tomó como punto de partida la muestra de 185 madres lactantes identificada para el OE2, a la cual se aplicó un nuevo criterio de inclusión: las participantes debían haber solicitado apoyo al GALM Amamanta al menos una vez y expresado su percepción de satisfacción con los encuentros virtuales realizados vía Zoom durante el confinamiento, sobre lo cual se consultó en el cuestionario. De las 185 encuestas, se eliminaron 9 de madres que respondieron "nunca"

a la pregunta "¿Cuántas veces consultó al grupo de apoyo?", quedando un total de 176 encuestadas que constituyeron la muestra para el OE3. (figura 3).

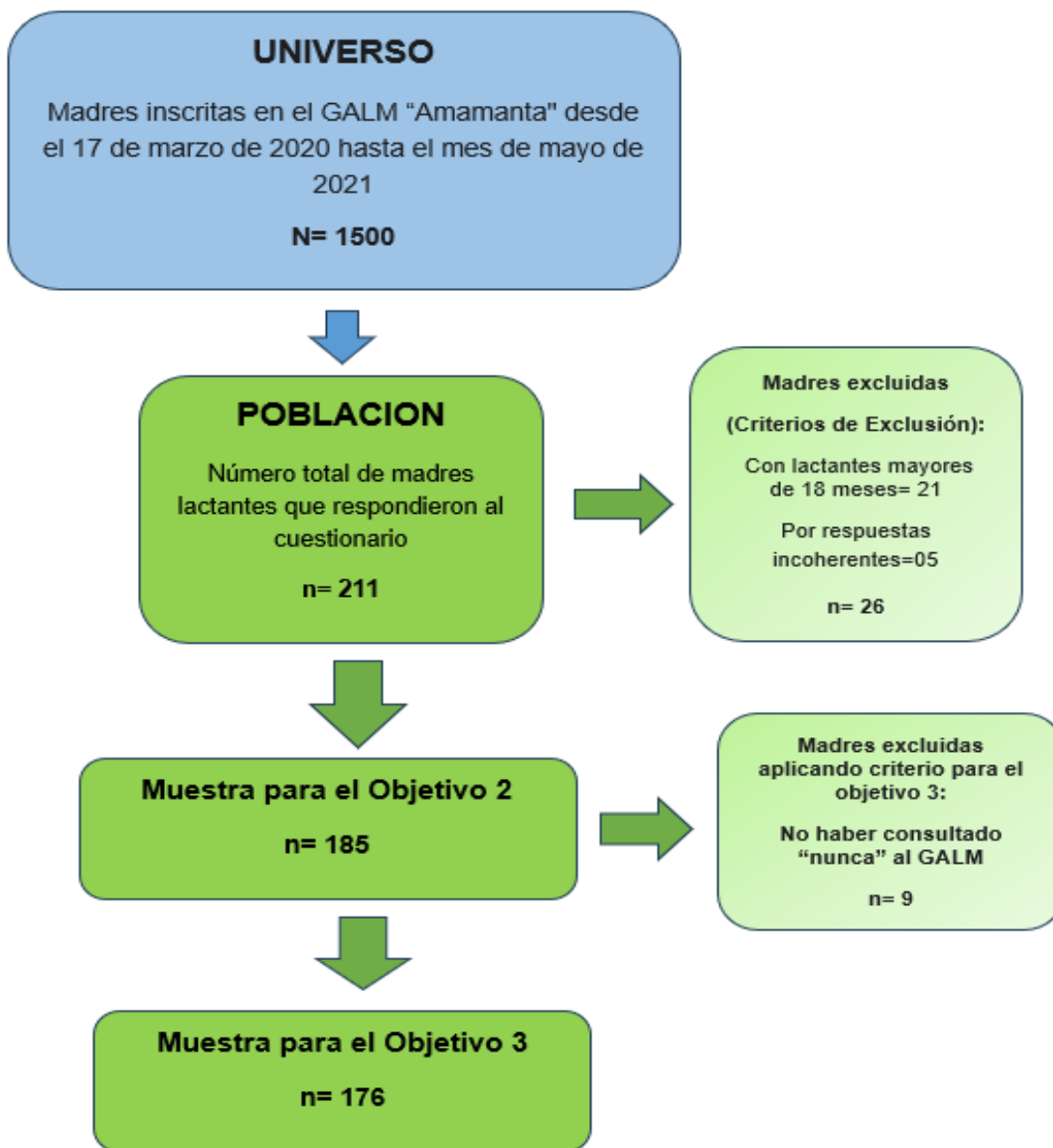


Figura 3. Universo, población y muestra para los OE2 y OE3. Madres que solicitaron asistencia en línea desde el 17 de marzo hasta el 31 de mayo de 2021. Elaboración propia.

4.3. Determinación de la disponibilidad de cuestionarios validados para investigación en LM, en bases de datos especializadas, que midan las actitudes, conocimientos y apoyo social a la LM, en español.

Para alcanzar este objetivo, se llevó a cabo una revisión sistemática de los instrumentos validados en idioma español para la investigación en LM, publicados en las bases de datos científicas.

Estos instrumentos debían considerar las actitudes, conocimientos y el apoyo social en los diferentes actores involucrados en el proceso de instauración y sostenimiento de la LM, tales como mujeres embarazadas, mujeres en postparto, madres trabajadoras, familiares y la pareja de la madre lactante, así como personal del área de la salud, incluyendo pediatras, médicos de familia, matronas, enfermeras pediátricas, asesores de lactancia y los GALM. Para ello, se siguieron los criterios metodológicos establecidos en la Declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (81).

Las directrices PRISMA tienen como objetivo asegurar que los artículos seleccionados sean revisados de acuerdo a una lista de verificación con 27 ítems que detallan el contenido de cada sección del artículo de investigación estudiado. Además, se utiliza un diagrama de flujo o diagrama de selección de artículos que resume gráficamente las fases de identificación, cribado, selección, exclusión e inclusión de los artículos revisados según los criterios previamente establecidos.

El presente trabajo de revisión sistemática se llevó a cabo en el año 2020 como parte de un trabajo de fin de máster, y fue realizado bajo los criterios de PRISMA 2009 (81), la versión vigente en ese momento, por lo que los procedimientos, búsqueda y análisis de

datos fueron completados antes de la publicación de la actualización PRISMA 2020 (82), la cual se realizó el 29 de marzo del 2021. La adaptación a las nuevas normativas no era aplicable retroactivamente a estudios completados antes de la publicación de PRISMA 2020, debido a la secuencia cronológica de los eventos, y en concordancia con las normas metodológicas de entonces, se siguió el marco proporcionado por PRISMA 2009, y aunque PRISMA 2020 trae mejoras, como una mayor especificidad en la estrategia de búsqueda y el uso de herramientas automatizadas, los principios básicos del reporte transparente y detallado que guiaron este trabajo, permanecen vigentes en ambos enfoques.

Una parte del contenido de este estudio fue previamente publicada en un artículo en la Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria en 2022. (73). Sin embargo, en esta tesis se ha realizado una nueva redacción y adaptación del análisis, integrando datos adicionales para asegurar un enfoque único que evite el autoplagio y cumpla con los estándares académicos de originalidad. El contenido se ha enriquecido con un análisis más detallado en relación a lo publicado, considerando aspectos metodológicos adicionales y nuevas interpretaciones relevantes para el propósito global de la tesis doctoral. Este artículo se encuentra en el anexo 9 al final de este trabajo de investigación.

4.3.1. Estrategia de búsqueda y selección de los estudios.

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Embase y Web of Science (WOS) entre enero y marzo de 2020, actualizándose con una nueva revisión en febrero de 2021.

Se incluyeron artículos primarios publicados en los últimos 10 años, hasta el año de inicio de la investigación, en inglés o español. Estos artículos debían contener encuestas o cuestionarios validados en español, aplicados a población hispanohablante, y estar relacionados con el tema de la LM. Asimismo, era necesario que el título o el resumen incluyeran al menos tres de los siguientes descriptores de búsqueda MeSH: “questionnaire, validation, breastfeeding, spanish”. Además, se requería que el contenido del artículo detallara los pasos realizados para la validación del instrumento.

Criterios de inclusión de los estudios:

- Artículos primarios publicados entre el 2011 y febrero del 2021.
- Escritos en inglés o español.
- Que contenían cuestionarios para investigación en LM, validados en español, aplicados a población hispanohablante, implicada en el proceso de instauración y sostenimiento de la LM.
- Que reportaran el proceso para determinar la validez del cuestionario utilizado.
- Que incluyeran al menos tres de los descriptores de búsqueda en el título o en el resumen.

Criterios de exclusión de los estudios:

- Artículos primarios publicados en un periodo diferente al comprendido entre el 2011 y febrero del 2021.
- Escritos en idiomas distintos al inglés o español.
- Que no contenían cuestionarios para investigación en LM o que éstos no estaban validados en español, ni aplicados a población hispanohablante, implicada en el proceso de instauración y sostenimiento de la LM.

- Que no detallaran el proceso para determinar la validez del cuestionario utilizado.
- Que incluyera menos de tres descriptores de la búsqueda en el título o en el resumen.

Al finalizar la revisión y aplicación de los criterios mencionados, se clasificaron los artículos incluidos, diferenciando los cuestionarios según estuvieran traducidos y adaptados al español o creados directamente en este idioma.

4.3.2. Intervenciones.

En esta revisión, se consideraron como “intervenciones” a los procesos de traducción, adaptación y validación de los cuestionarios sobre LM. Para los cuestionarios que fueron traducidos del inglés al español, se siguieron los criterios establecidos por Ramada et al., (83) que abarcan los pasos para la Traducción, Adaptación Cultural y Validación (TACV) de cuestionarios. Se verificó la presencia de las fases de TAC como la traducción directa e inversa, síntesis de traducción, consolidación de expertos y pre- test para evaluar la viabilidad, la evaluación de un panel de expertos, por otro lado, su validación en una población hispanohablante (validez de contenido, criterio, constructo y confiabilidad).

Los cuestionarios creados en español y adaptados para la investigación, se evaluaron según los criterios de diseño y validación para cuestionarios en este idioma publicado por Arribas M.,(84) para lo cual se consideraron aspectos como la construcción del instrumento (definición del constructo, propósito de la escala, composición, contenido, número y puntuación de los ítems) y su validación en la población objetivo (prueba piloto, evaluación de propiedades psicométricas, validez de contenido, criterio, constructo, y

confiabilidad). Las cuales se recogieron en forma de tablas y se presentaron en el artículo publicado.

4.3.3. Extracción de datos y análisis.

La extracción de la información relevante se realizó directamente de las secciones de metodología y resultados de cada artículo, revisando cada paso del proceso de validación de los cuestionarios seleccionados, tal como lo describieron los investigadores en los artículos. En el apartado de resultados se detallan los aspectos más relevantes del proceso de TACV, en el caso de los instrumentos traducidos del idioma inglés al español, y el proceso de construcción y validación para los cuestionarios creados en el idioma español. Parte de la información importante de esta revisión, se resumió en tablas, las cuales se presentan en los resultados.

4.3.4. Definición de los resultados.

El resultado final alcanzado como producto de la aplicación de los criterios metodológicos del diagrama de flujo de PRISMA (figura 4), así como la descripción de los artículos seleccionados según las metodologías para su validación, se presenta en el apartado de resultados.

4.4. Identificación de los factores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM, estudiados en una muestra de población en el GALM Amamanta, durante la pandemia por COVID-19.

La consecución del OE 2 se desarrolló en el marco de la segunda fase de la investigación. Este primer momento de la fase estuvo orientado por su propósito descriptivo y relacional, y se realizó por medio de un estudio transversal retrospectivo, utilizando un cuestionario para la recolección de datos.

A continuación, se presenta una serie de apartados que informan sobre las actividades realizadas, en atención a requerimientos institucionales, para dar inicio a la investigación; seguidamente, la descripción del instrumento de investigación utilizado y detalles de su adaptación y, finalmente, el desglose de las variables del estudio y las previsiones para su análisis estadístico.

4.4.1. Solicitud de autorización al Comité de Ética de la Investigación en Humanos. Universidad de Valencia.

Como primera actividad se solicitó la autorización para la realización de la investigación por parte del Comité de Ética de la Investigación en Humanos perteneciente a la Universidad de Valencia, la cual fue concedida y se identificó con el número 1648199, firmada digitalmente por el presidente del comité Don Pedro Jesús Pérez Zafrilla, como consta en el Anexo 1.

4.4.2. Solicitud de colaboración al GALM Amamanta.

Los servicios ofrecidos por el GALM Amamanta tuvieron que adaptarse significativamente a causa de la pandemia de COVID-19. Las estrategias presenciales, como el voluntariado en hospitales y los talleres, se transformaron casi inmediatamente en actividades

virtuales. A partir de marzo de 2020, y en el contexto de esta investigación, se observó que el apoyo a las madres se mantuvo activo mediante talleres virtuales y otras actividades online a través de Zoom, así como el uso de WhatsApp e Instagram de la asociación.

Considerando las condiciones de prestación de servicios de esta asociación civil sin fines de lucro, se solicitó formalmente a su junta directiva un acuerdo de colaboración para el desarrollo de la presente investigación (Anexo 2), solicitud que fue aceptada favorablemente (Anexo 3).

4.4.3. El Instrumento de investigación.

El instrumento seleccionado para esta investigación fue el "Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM" (76), uno de los instrumentos estudiados en la revisión sistemática realizada en la primera fase de este estudio. Los criterios seguidos para su selección, sus características estructurales, la adaptación de sus ítems y su organización, según las variables en estudio, se detallan a continuación.

(A) Justificación de la elección del instrumento para la investigación.

La elección se fundamentó en su objetivo general de conocer, valorar y describir el impacto de las redes de apoyo a la LM sobre las mujeres lactantes. Este impacto incluye la interacción de diversos protagonistas que, en conjunto, facilitan la instauración y el sostenimiento de la LM, identificados en esta investigación como los factores familiares y comunitarios.

El cuestionario contiene un conjunto de ítems diseñados para recopilar información sociodemográfica necesaria para caracterizar a la muestra. También abarca variables de

interés relacionadas con el apoyo familiar, las redes de apoyo sanitarias y los GALM, así como aspectos relativos al sostenimiento de la LM: tipo de lactancia, la duración y continuidad de la LM en el tiempo.

(B) Descripción del cuestionario.

Contiene 35 preguntas, de las cuales, 12 son dicotómicas, 22 son politómicas y 1 de tipo Likert, compuesta por 12 afirmaciones para evaluación de la variable satisfacción (Anexo 5).

Tras un análisis factorial realizado durante la validación del mismo se derivaron las cinco dimensiones que se mencionan a continuación:

- Problemas
- Apoyo
- Consultas
- Experiencias anteriores
- Satisfacción

En relación con los problemas enfrentados durante el inicio de la LM, se ofrece a las madres una lista de los 24 problemas más comunes para que identifiquen aquellos que han experimentado. Además, se solicita información sobre el momento en que estos problemas comenzaron a manifestarse.

En cuanto a el apoyo percibido por parte de la madre (dimensión Apoyo), el cuestionario permite investigar, si ésta siente que el apoyo proveniente del entorno es suficiente o no y de parte de quién lo recibe, razón por la cual entre las posibles opciones de respuesta se incluye a la pareja, a su madre, a un familiar o un (a) amigo (a), a los sanitarios en

general y a los GALM. Adicionalmente, se les da la opción de manifestar su percepción en el caso de no sentirse apoyada.

En relación con la dimensión Consultas, los ítems correspondientes a estas, permiten recopilar información asociada con las personas a quienes ha consultado la madre, por lo que se le presentan varias opciones: personal sanitario de urgencias hospitalarias, profesionales de paritorio/recuperación, profesionales de planta (maternidad), pediatra, médico/a de familia del CDS, matrona del CDS y enfermero/a del CDS, un GALM o a un familiar o amiga(o).

En el caso de los GALM y de profesionales sanitarios tales como: pediatras, enfermera pediátrica, matrona o asesor de lactancia, también se le pregunta en cuántas ocasiones se han consultado, lo que permite evaluar el número de consultas realizadas. En este último caso, las opciones de respuesta van desde una vez hasta 4 veces o más.

Acerca de la dimensión Experiencias anteriores de la madre, se pretende indagar respecto a si esta se informó sobre el tema de LM durante el embarazo, si había pensado o decidido amamantar antes del nacimiento del bebé, la decisión de amamantar antes de que comenzaran los problemas y si la encuestada recibió o no LM durante su infancia.

Adicionalmente se pregunta sobre los antecedentes obstétricos, las experiencias durante el parto tales como: el contacto piel con piel, el proceso de enganche del bebé, si el bebé ameritó hospitalización en servicio de neonatos y la experiencia anterior en lactancia con otro hijo, si este fuera el caso de la madre encuestada, todo lo cual podría influir positiva o negativamente en la instauración y continuidad de la lactancia, por causas relacionadas con la actitud de la madre o con el binomio madre-hijo.

Finalmente, se mide la dimensión Satisfacción, para esto se utiliza una escala Likert de 12 ítems. Las respuestas a esta escala, van del 1 al 5, estas son: "total desacuerdo",

"desacuerdo", "neutral", "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo". Tres ítems evalúan la actitud de la madre ante los problemas de la LM, mientras que los nueve restantes miden la satisfacción con la atención recibida de las redes de apoyo, incluyendo los GALM. Esta sección, situada al final del cuestionario, permite evaluar la percepción de la madre en relación a la resolución de dudas y problemas, cómo fue el apoyo ofrecido durante el establecimiento de la LM y si le ayuda a resolver sus problemas para favorecer su continuidad.

El mencionado cuestionario también contiene ítems relacionados con el sostenimiento de la LM, objeto de estudio en esta investigación, organizados en tres componentes: el tipo de lactancia llevada a cabo con el bebé hasta los 6 meses (LME, LM predominante y alimentación complementaria), la duración expresada en el número de meses durante el cual la madre le ha dado el pecho a su hijo y la continuidad de la misma, a través de la pregunta “¿sigue dando pecho a su hijo al día de hoy?”.

Por todo lo anteriormente expuesto el “Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM” resultaba bastante completo en cuanto a las variables en estudio para esta investigación; el apoyo de los factores del sistema familiar y comunitario (variable independiente) y su influencia en el sostenimiento de la LM (variable dependiente).

(C) Adaptación del cuestionario para la investigación.

Hasta donde se pudo conocer este instrumento había sido aplicado a madres que acudían de manera presencial a los CDS, donde se realizó el estudio piloto para su elaboración y luego en un estudio multicéntrico de impacto de las redes de apoyo a la LM.

Según menciona su autora, el instrumento se estaba aplicando en otras localidades de España distintas a la provincia de Murcia, donde fue desarrollado y validado (64). Sin embargo, no se había utilizado de manera virtual o en línea, o al menos no se había publicado nada sobre su uso en este medio al momento de realizar esta investigación.

Lo anteriormente dicho llevó a identificar la necesidad de realizar ciertas adaptaciones al cuestionario antes de enviarlo por internet a las posibles participantes. Estas adaptaciones se hicieron sin alterar su propósito, solo con el fin de adecuarlo mejor al objetivo general de esta investigación.

En lo que respecta a los ítems vinculados con las variables sociodemográficas que contempla el cuestionario, se modificó el ítem relacionado con la edad de la madre encuestada, el cual era inicialmente una pregunta abierta, para indicar por escrito la edad en años, y se propuso una pregunta cuya respuesta se expresa en la escogencia de un rango de edad entre los suministrados, pasando de ser una pregunta abierta para una variable cuantitativa continua, a una pregunta de respuesta cerrada para una variable cualitativa nominal. Se establecieron los siguientes rangos:

- Grupo 1 = menos de 25 años
- Grupo 2 = de 26 a 35 años
- Grupo 3 = de 36 a 45 años
- Grupo 4 = mayores de 45 años.

De igual manera se modificó la pregunta: “¿En cuántas ocasiones ha consultado su problema con algún profesional o servicio de apoyo a la lactancia?” Esta se dividió en 2 preguntas:

1.- “¿En cuántas ocasiones ha consultado su problema con algún grupo de apoyo a la lactancia?”

2.- “¿En cuántas ocasiones ha consultado su problema con algún profesional sanitario, pediatra, médico de familia, enfermera pediátrica, matrona, asesora de lactancia?”

Esto con la finalidad de determinar si habría alguna diferencia entre el número de consultas realizadas al GALM y a los profesionales sanitarios en general, con lo cual aumentó un nuevo ítem a la dimensión Consultas.

En la dimensión Satisfacción con la atención prestada por parte del grupo de apoyo, se unificaron los siguientes ítems: “Me siento apoyada por la(s) persona(s) que ha(n) atendido mi duda o problema de lactancia” y “Me siento escuchada por la(s) persona(s) que ha(n) atendido mi duda o problema de lactancia” en uno solo: “Me siento apoyada y escuchada por la(s) persona(s) que ha(n) atendido mi duda o problema de lactancia”. Fue así como se sintetizaron dos afirmaciones en una, lo cual generó la posibilidad de agregar, más adelante, una afirmación nueva, sin alterar el número total de afirmaciones en los ítems asociados a la dimensión Satisfacción, a los fines de evaluar si el apoyo facilitado a la madre por parte del GALM había favorecido el incremento del tiempo de lactancia, a pesar de los problemas presentados por esta.

La nueva afirmación se expone a continuación: “En relación a las causas que le dificultaban amamantar (si las hubo), considera que el apoyo recibido por el grupo de apoyo y/o profesional(es) de lactancia, favoreció la solución o su decisión de continuar con la LM por un tiempo mayor del estimado”, con lo cual se pretendió indagar acerca de la intervención, virtual en este caso, del grupo de apoyo y los profesionales, en la

continuidad de la LM. Finalmente, la adaptación del cuestionario lo llevó a contar con 36 ítems.

Un aspecto a destacar del “Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM”, es que incluye a los GALM en tres de las cinco dimensiones que lo estructuran, específicamente en las dimensiones Apoyo, Consultas y Satisfacción, siendo esta una razón importante para su escogencia, en función de que el OE3 de la investigación está relacionado con evaluar la satisfacción de las intervenciones en línea de un GALM, en el sostenimiento de la LM, en tiempos de confinamiento y medidas de restricción por la pandemia por COVID-19.

Como se detallará más adelante en el apartado de Resultados, en el análisis estadístico, la variable GALM se expresa en las tres dimensiones mencionadas. Por ello, a continuación, se describirán con detalle estas dimensiones, para facilitar una mayor comprensión por parte del lector, tanto de la presentación de los datos en el análisis estadístico como en la interpretación de los resultados. Esta descripción detallada es importante para asegurar que el lector pueda seguir con claridad el proceso de análisis e interpretación de los datos relacionados con la variable GALM.

En cuanto a la dimensión Apoyo, en el cuestionario original, cuando se pregunta “¿Alguien de su entorno le apoya con la lactancia?” se incluye al GALM como opción de respuesta junto a la pareja, la madre, los familiares o amigas (os) y los sanitarios en general, a esta variable le llamaremos en este trabajo de investigación GALM (Apoyo).

En la dimensión Consultas cuando a la madre se le pregunta: “¿Ha consultado con algún profesional o servicio de apoyo a la lactancia?” también se incluye al GALM dentro de las opciones de respuesta junto al personal sanitario (personal de urgencias, del paritorio, de la planta en maternidad, unidad de lactancia hospitalaria, consulta privada y el pediatra,

médico de familia, matró (a), enfermero (a) del CDS que le corresponde a la madre) además de las asesoras de lactancia, a esta variable la llamaremos GALM (Consulta).

Finalmente, en la dimensión Satisfacción, se modificó la pregunta para adecuarla a la evaluación de las intervenciones virtuales, cuyo enunciado se expone a continuación: “En relación al grupo de apoyo, los talleres y el apoyo virtual (vía zoom, Google meet, Skype, etc.) o redes sociales (Instagram, Facebook, Whatsapp, Twitter, etc.), marque la puntuación que más se acerque a su experiencia”.

En ese caso se le ofrecían a la madre participante las 5 opciones de respuestas de acuerdo a la escala Likert para cada afirmación, a través de la cual se permitió evaluar el nivel de satisfacción manifestado por la madre en relación con la atención que le había suministrado el GALM, para la resolución de sus dudas o problemas, utilizando los medios virtuales durante el periodo de confinamiento durante la pandemia por COVID-19 y si esta asistencia había influido en la continuidad de la LM.

4.4.4. Organización de las variables de la investigación para el análisis estadístico.

El análisis estadístico que se realizó en el OE2 se compone de dos etapas: el análisis descriptivo y el análisis inferencial. El análisis descriptivo tiene como objetivo resumir y presentar las características principales de los datos mediante medidas tales como frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar, ofreciendo una visión general del comportamiento de las variables. Por otro lado, el análisis inferencial se utiliza para extraer conclusiones más allá de los datos observados, utilizando pruebas estadísticas que permiten generalizar los resultados de la muestra a una población más amplia, y así evaluar asociaciones o diferencias significativas entre variables.

Después de realizar los ajustes al cuestionario, mencionados en el apartado anterior, los ítems se organizaron según las variables a estudiar. Por una parte, los correspondientes a la variable independiente; el apoyo brindado a la madre que amamanta por los factores del sistema familiar, como la pareja, la madre y otros familiares, así como los factores comunitarios, que abarcan el apoyo de amigas y amigos, mujeres que estaban amamantando, profesionales y personal sanitario, asesoras de lactancia y el GALM. Además, dentro del sistema comunitario, se consideraron las consultas realizadas a profesionales de la salud y al GALM.

La variable dependiente, por su parte; el sostenimiento de la LM, se analizó a partir de sus tres componentes: tipo de lactancia, duración de la LM y continuidad de la misma.

Es fundamental resaltar que, a los efectos del análisis estadístico correspondiente al OE2, las variables sociodemográficas se emplearon tanto para proporcionar una visión general del perfil de las participantes, como para analizar si estas características influyeron en el sostenimiento de la LM. Esto condujo a identificar posibles asociaciones entre los factores sociodemográficos y el sostenimiento de la LM, evaluando su impacto en el proceso.

Las variables sociodemográficas se mencionan a continuación:

- Edad de la madre.
- Nacionalidad.
- Nivel de estudios.
- Situación laboral de la madre.
- Situación laboral de la pareja.
- Número de hijos.

- Edad del hijo.

Adicionalmente se consideró en el análisis descriptivo las respuestas a los ítems relacionados con la dimensión Problemas, los cuales abordaron las dificultades que se les presentaron a la madre durante el proceso de instauración y sostenimiento de la LM, así como el momento en que comenzaron a surgir dichas dificultades. Se consideraron las 24 opciones de respuesta disponibles, además de la opción abierta "otros", con el objetivo de identificar otros problemas frecuentes que enfrentaron las madres y que las motivaron a buscar ayuda y consultar. Siendo esto último una fuente de información personalizada que aportaron las madres al estudio, como se describe posteriormente en el apartado de resultados.

También se incluyó para el análisis descriptivo, el ítem del cuestionario relacionado con la experiencia previa de la madre con la LM en hijos anteriores, incluyendo casos de lactancias prolongadas y en tándem. Aunque este aspecto no está directamente vinculado con los factores principales en estudio, su inclusión aportó información relevante sobre la LM, ya que ofreció la experiencia expresada por algunas madres sobre la instauración y el sostenimiento de la lactancia a lo largo del tiempo.

Fueron excluidos del análisis estadístico los ítems no relacionados con las variables a estudiar, como lo son los relacionados con los antecedentes obstétricos: tipo de parto y analgesia durante el mismo, tipo y semanas de embarazo, enganche del bebé, práctica de piel con piel, y el ingreso del bebé en neonatos, así como los ítems correspondientes a las variables relacionadas con la intención de la madre de amamantar antes del embarazo y parto, si esta fue amamantada durante su infancia y la búsqueda de información acerca de la lactancia, entre otros.

Los ítems excluidos están vinculados con causas inherentes a la madre o al binomio madre/hijo, y no con los factores que ocupan la presente investigación, que se centra en el apoyo ofrecido a la madre lactante por parte de familiares y redes comunitarias.

Para el análisis estadístico inferencial se relacionaron todas las variables sociodemográficas entre sí y luego estas variables con el resto de las variables en estudio como son los factores familiares, comunitarios y de satisfacción. Asimismo, se estimó su relación con la variable de sostenimiento de la LM, expresada en sus tres componentes: tipo de lactancia, duración en meses y continuidad. Una vez obtenidas las que estaban relacionadas de manera estadísticamente significativas se presentaron en el siguiente orden:

- Variables sociodemográficas.
- Variables de apoyo familiar y comunitario.
- Variable de satisfacción.

Cabe destacar que la mayoría de las variables eran de tipo cualitativas (nominales y ordinales) y solo una variable era de tipo cuantitativa (continua), la cual estaba relacionada con el número de meses que la madre había dado LM a su hijo hasta el día de la encuesta.

Para obtener los resultados del análisis estadístico (descriptivo e inferencial) se usaron los programas estadísticos programa SPSS v27 y JASP v0.16.

En este estudio se aplicaron dos pruebas estadísticas principales. Para evaluar la asociación entre las variables cualitativas, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2). Por otro lado, para la variable cuantitativa, se empleó el análisis de varianza (ANOVA) mediante la prueba de Fisher (F), relacionando la variable continua de duración de la LM

en meses con las variables categóricas del estudio. Se estableció un nivel de significación de $\alpha = 0,05$ para todas las pruebas estadísticas, con el objetivo de evaluar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables. La significación estadística fue considerada cuando $p < 0,05$.

En la Tabla 1 que se presenta a continuación, se desglosan la variable independiente y la variable dependiente, junto con los ítems del cuestionario aplicado que se relacionan con las variables del estudio. Estos ítems brindan información valiosa sobre el apoyo proveniente del sistema familiar y comunitario (variable independiente) y su posible influencia en el sostenimiento de la LM (variable dependiente).

Tabla 1 Variable independiente y dependiente e ítems asociados en el cuestionario.

Variable independiente	Desglose de la variable		Ítem/s del cuestionario asociado/s a la variable
Apoyo del sistema familiar y comunitario, virtual y/o presencial, ofrecido a la madre lactando	Factores del sistema familiar	- Pareja - Madre - Familiar (que no sea ni la madre ni la pareja)	¿Alguien de su entorno le apoya con la lactancia? (Marque tantas casillas como considere necesarias) ¿Ha consultado su duda o problema con algún (a) amigo (a) o familiar?
	Factores del sistema comunitario	Amiga/o - Profesional(es) sanitario(s) - Un grupo de apoyo (GALM apoyo) - No me siento apoyada	¿Alguien de su entorno le apoya con la lactancia? (Marque tantas casillas como considere necesarias) ¿Ha consultado su duda o problema con algún (a) amigo (a) o familiar?
		Otras mujeres lactando	¿Hay mujeres de su entorno que estén dando el pecho?
		Ayuda para las tareas del hogar	¿Tiene en casa ayuda para las tareas del hogar?
		Apoyo/Ayuda recibida de Profesional(es) sanitario(s): - Paritorio/recuperación - En maternidad - Profesional del CDS	¿Recibió ayuda de algún profesional de paritorio/recuperación a la hora de dar el pecho? ¿Recibió ayuda de algún profesional de planta (maternidad) a la hora de dar el pecho? ¿Recibió ayuda de algún profesional del centro de salud a la hora de dar el pecho?
		Consultas: En urgencias del hospital. Paritorio o recuperación. Profesionales en maternidad. Unidad de Lactancia del hospital. Consulta privada. Personal del CDS: Pediatra, médico de familia, matrona, enfermera, grupo de apoyo a la LM (GALM consulta)	¿Ha consultado su duda o problema con algún profesional o servicio de apoyo a la lactancia? (Marque tantas casillas como considere necesarias)
		Número de consultas a profesional (es) del CDS: Pediatra, Médico de familia, matrona, enfermera pediátrica o asesor (a) de LM	¿En cuántas ocasiones ha consultado su problema con algún pediatra, médico de familia, enfermera pediátrica matrona o asesor (a) de LM?
		Número de consultas al Grupo de apoyo a la lactancia (GALM)	¿En cuántas ocasiones ha consultado su problema con algún grupo de apoyo a la lactancia?

Variable dependiente	Desglose de la variable	Ítem/s del cuestionario asociado/s a la variable
Sostenimiento de la LM	Tipo de Lactancia hasta los 6 meses	¿Qué tipo de lactancia ha llevado a cabo con su bebé hasta los 6 meses? (LME, LM predominante, Alimentación complementaria)
	Tiempo de duración de la LM	¿Cuántos meses le ha dado el pecho a su hijo?
	Continuidad de la LM hasta el momento de la encuesta	¿Le sigue dando el pecho a su hijo a día de hoy?

LM: lactancia materna; LME: lactancia materna exclusiva; GALM: grupo de apoyo a la LM, CDS: Centro de salud

4.5. Evaluar la satisfacción de las madres con las intervenciones virtuales de un GALM, y su efecto en el sostenimiento de la LM, en tiempos de confinamiento y medidas de restricción por la pandemia por COVID-19.

La consecución del El OE3 se llevó a cabo en el marco de en la segunda fase de la investigación. Este segundo momento de la fase estuvo orientado por su propósito evaluativo, y también se realizó por medio de un estudio tipo encuesta, retrospectivo y transversal, utilizando para la recolección de datos el mismo Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM (Anexo 5).

La información relacionada con la variable Satisfacción respecto a la intervención del GALM se recopiló utilizando las afirmaciones correspondientes a la pregunta 36 del cuestionario mencionado; una escala Likert, que permitió a las participantes indicar su grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas, facilitando así una evaluación cuantitativa de sus experiencias y opiniones. El enunciado de esta pregunta era el siguiente:

En relación al grupo de apoyo, los talleres y el apoyo virtual (vía zoom, Google meet, Skype, etc.) o redes sociales (Instagram, Facebook, Whatsapp, Twitter, etc.). Por favor; marque la puntuación que más se acerque a su experiencia, teniendo en cuenta que:

1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO,

2 = EN DESACUERDO,

3 = NEUTRAL,

4 = DE ACUERDO,

5 = TOTALMENTE DE ACUERDO.

Esta sección del cuestionario incluía 12 afirmaciones que abordaban diversos aspectos de la satisfacción, como los tiempos de espera, la necesidad de redes de apoyo adicionales, la eficacia del apoyo recibido, la atención y escucha, la satisfacción general, la percepción de necesidad, la experiencia, el tiempo invertido, la resolución de problemas y la continuidad a lo largo del tiempo. Además, se incorporó una afirmación adicional durante la adaptación del cuestionario, como se detalló en el apartado de Metodología (adaptación del cuestionario, página 45).

También se menciona; la opinión de la madre respecto a su manejo de problemas relacionados con la LM, incluyendo afirmaciones como "no he tenido problemas," "no he sabido dónde acudir" y "mi tiempo de espera para la consulta fue razonable". Estas afirmaciones se resumen en la Tabla 2.

Las primeras tres afirmaciones (no he tenido problemas, no he sabido dónde acudir, mi tiempo de espera para consultar fue razonable) fueron excluidas del análisis estadístico por no estar directamente relacionadas con la satisfacción percibida en la atención brindada por el GALM. Solo se evaluaron las 9 afirmaciones restantes, que se enfocaban en la variable Satisfacción y el apoyo recibido por parte del GALM.

Se realizó el análisis descriptivo y el análisis de efectos de la variable de satisfacción expresada por las madres, en relación con el sostenimiento de la LM; basada en: tipo de lactancia, duración y continuidad.

Tabla 2. Afirmaciones de la escala Likert y su relación con el área de estudio, en la variable satisfacción.

Afirmaciones	Área de estudio
No he tenido problemas	Ausencia de problema
No he sabido donde acudir	Disponibilidad
	Accesibilidad
Mi tiempo de espera para consultar fue Razonable	Tiempo de espera para buscar ayuda
Me gustaría disponer de más servicios	Necesidad de más redes de apoyo
Me ha ayudado a resolver problemas con la Lactancia	Eficacia.
Me siento apoyada/ escuchada	Apoyo/escucha
Me ha(n) ayudado a seguir lactando	Ayuda
Me siento satisfecha con los servicios de apoyo	Satisfacción
Me parece necesario el servicio el servicio	Necesidad
Recomendaría el servicio a familiar o amigo(a)	Experiencia
El Tiempo de consulta me pareció suficiente	Tiempo empleado para la atención
Me ha favorecido a resolver el problema y la decisión de amamantar por más tiempo	Resolución del problema y continuidad en tiempo.

En cuanto al análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, este estuvo dirigido a caracterizar la muestra definida para este objetivo, conformada por 176 madres, según como se refleja en el apartado de Metodología. (figura 3, página 33).

Por otro lado, los grados de satisfacción se expresaron mediante frecuencias absolutas y sus correspondientes porcentajes. Además, considerando que se evaluaron 9 afirmaciones, cada una con una puntuación en una escala de 1 a 5, se establecieron cuatro niveles de satisfacción basados en los siguientes rangos de puntuación:

- Muy Insatisfecha: 9 a 17.
- Insatisfecha: 18 a 26.
- Satisfecha: 27 a 35.
- Muy satisfecha: 36 a 45.

Los porcentajes relacionados con el nivel de satisfacción para las afirmaciones 4 a 12 de la pregunta tipo Likert fueron presentados en tablas.

Para el análisis estadístico, se vincularon estas afirmaciones en relación con los distintos componentes que influyen en el sostenimiento de la LM. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para analizar la asociación entre la satisfacción, el tipo de lactancia y la continuidad de la LM, mientras que el análisis de varianza (ANOVA) permitió evaluar la asociación entre el nivel de satisfacción y la duración de la LM según el tiempo medido en meses.

5. RESULTADOS.

El presente capítulo se ha dedicado a la presentación y análisis de los datos obtenidos en esta investigación, en correspondencia con sus objetivos. A lo largo de este apartado se detallarán los hallazgos más relevantes que surgieron de las variables en estudio, y se identificarán las tendencias y relaciones significativas entre estas variables. La estructura del capítulo se organiza en torno a los objetivos específicos planteados, proporcionando al lector una interpretación contextualizada de estos resultados.

En primer lugar, se presentan los resultados del OE1, donde se detallan las características de los cuestionarios ubicados durante el estudio de revisión sistemática de cuestionarios validados en español, para investigación en LM.

En segundo lugar, se presentan los resultados correspondientes al OE2 y OE3, en lo que se refiere a la descripción general de las características demográficas y contextuales de las muestras, permitiendo así una comprensión integral del perfil de las participantes. También se incluirán los análisis inferenciales que permitieron explorar la relación entre la variable independiente y dependiente, por medio de sus correspondientes subvariables, informando solo aquellos resultados que evidencian significación estadística. Este último enfoque no solo permitirá comprobar la hipótesis planteada, sino también identificar posibles áreas de intervención y mejora.

La estructura de este capítulo garantizará que los resultados presentados estén contextualizados y sean comprensibles y útiles tanto para los académicos como para los profesionales interesados en el tema de estudio.

5.1. Disponibilidad de cuestionarios validados en español para investigación en LM.

La búsqueda inicial arrojó 62 artículos: PubMed (n=36), WOS (n=14), Embase (n=12); de los cuales se eliminaron los duplicados, los no relacionados con el idioma español, tesis, disertaciones y los resúmenes de investigaciones, con lo que se obtuvieron 28 artículos. Posteriormente, se excluyeron 16 artículos principalmente porque los instrumentos de recolección de información no habían sido validados o no se logró acceder al artículo completo. Se seleccionaron 12 artículos, de los cuales se eliminaron 3 por las siguientes razones:

- Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) publicada en Acta Pediátricas de México, (85) cuya adaptación cultural sería aplicada solo a una localidad de México.
- Validación al castellano de una escala de evaluación de la LM: el LATCH. Análisis de fiabilidad, (86) las investigadoras concluyeron que se consideraba a la escala fiable pero no válida, por lo que el proceso de adaptación del LATCH al castellano, requeriría no solo probar su fiabilidad, sino también estudiar su validez.
- Competencia básica en lactancia en atención primaria: desarrollo y validación del cuestionario CAPA. (87) La herramienta se aplicó en el idioma catalán.

El resultado fueron 9 artículos originales seleccionados para el análisis, tal como se expone en la Figura 4.

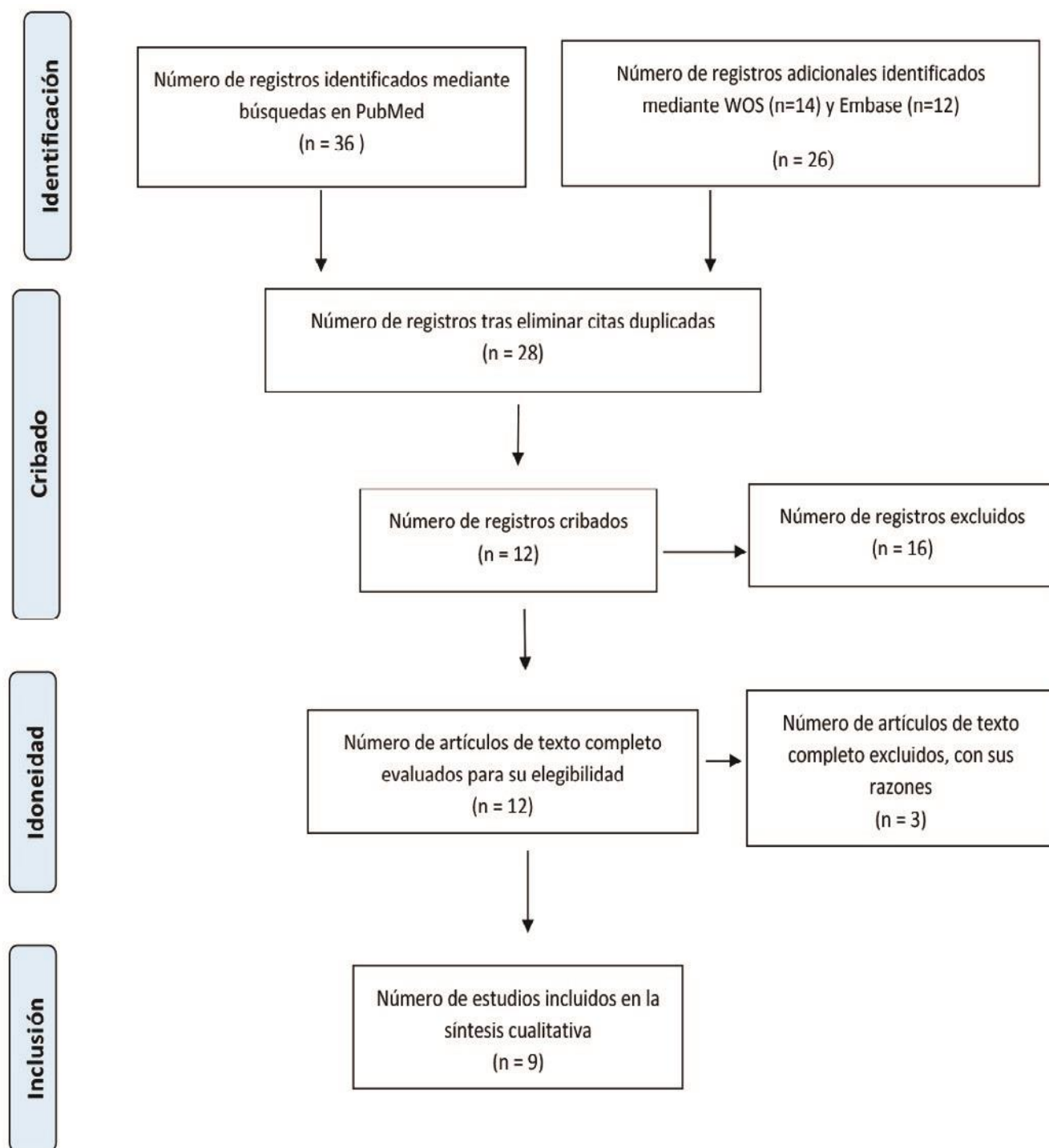


Figura 4. Metodología PRISMA (2009). Diagrama de flujo. Versión española.

5.1.1. Cuestionarios creados y validados en el idioma español.

Se presentan los 4 cuestionarios creados y validados en el idioma español, sus objetivos, características generales y se detalla la metodología sobre la validación:

(A) EcoLa: Encuesta sobre conocimientos en LM para pediatras (88).

Este instrumento, diseñado para ser utilizado tanto en medios físicos como online, es una herramienta útil para cuantificar los conocimientos y habilidades de los pediatras en relación con la LM. Su objetivo es identificar áreas en las que se puedan realizar intervenciones dentro del gremio médico, con el fin de promover la LM entre las madres que acuden a las consultas con sus recién nacidos.

El cuestionario consta de 22 ítems con una puntuación máxima de 26 puntos. A partir del ítem 23, aunque no se asignan puntuaciones, se recogen variables que permiten evaluar el nivel de conocimiento de los médicos encuestados sobre LM. Los ítems 18 y 21 son de especial relevancia, ya que valoran la técnica de amamantamiento y la información sobre el uso de fármacos durante la lactancia.

Construcción del instrumento y validación.

Se elaboró un primer prototipo del cuestionario, que fue sometido a prueba en 54 encuestas (aplicadas antes y después de un curso sobre LM). Se descartaron 3 preguntas no discriminantes, que fueron respondidas correctamente por más del 95% de los encuestados. Posteriormente, se propuso un segundo prototipo, evaluado por 10 residentes de pediatría, y fue revisado por un grupo de expertos. De este proceso surgió el cuestionario definitivo.

Validez de criterio: Se verificó a partir de la hipótesis de que los expertos en LM obtendrían mejores puntuaciones, y que los estudiantes que participaban en una formación específica sobre LM mejorarían sus puntuaciones después del curso.

Validez de contenido: El cuestionario fue evaluado por 14 jueces y 3 colaboradores, todos pediatras expertos en LM y miembros del comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. El grupo de expertos fue ampliado posteriormente con la incorporación de 5 nuevos miembros. A los jueces se les solicitó evaluar tres aspectos de cada ítem, y se utilizó un índice de acuerdos (acuerdos/total de respuestas), considerando válidos los valores superiores a 0,80.

Confiabilidad:

Consistencia interna: El índice KR20 fue de 0,87; lo que indica una alta consistencia interna del cuestionario.

Concordancia inter observadores:

Ítem 18 (n = 627): Kappa = 0,82 (IC 95%: 0,75-0,87); Kappa máxima = 0,98; índice de prevalencia = 0,66; e índice de sesgo = 0,01.

Ítem 21 (n = 144): Kappa = 0,44 (IC 95%: 0,10-0,78); Kappa máxima = 0,60; índice de prevalencia = 0,91; índice de sesgo = -10.

Tras el curso, hubo una mejora del 40% en las puntuaciones, con un incremento promedio de 0,03 puntos; ajustado por prevalencia y sesgo (Kappa = 0,90). Dado que la interpretación del coeficiente Kappa puede ser compleja, se sugiere a los interesados revisar la tabla de contingencia adjunta en el artículo original. (88)

Estabilidad temporal (test-retest):

Puntuación global: Coeficiente de concordancia intraclass (CCI) = 0,82 (IC 95%: 0,44-0,95).

Agrupado por notas: CCI = 0,70 (IC 95%: 0,20-0,91).

Estos resultados demuestran que el cuestionario posee una adecuada validez de contenido y confiabilidad, lo que lo convierte en una herramienta eficaz para evaluar los conocimientos sobre LM en contextos de investigación.

(B) Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM (76).

Esta herramienta de medición evalúa el impacto de las redes de apoyo en la LM, considerando la asistencia brindada por personal de salud cualificado, consultoras de lactancia, asesoras, GALM y asociaciones sin fines de lucro dedicadas a esta labor. El cuestionario se fundamenta en cinco dimensiones derivadas de un análisis factorial: problemas con la LM, apoyo por parte de servicios especializados, consultas, experiencias previas y satisfacción.

Construcción del instrumento y validación.

El primer diseño del instrumento se basó en una revisión de la literatura relacionada. Los ítems se desarrollaron a partir de la pregunta de investigación: "¿Cuál es el impacto de las redes de apoyo en la LM para las madres lactantes?". Para garantizar su relevancia, se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas con expertos en LM y un experto en validación de cuestionarios. Se limitó el número de preguntas para que la duración del cuestionario no superara los 10 minutos.

Prueba Piloto:

Entre marzo y abril de 2014 se realizó una prueba piloto con usuarias voluntarias del GALM Lactando. Una enfermera colaboradora registró observaciones y comentarios de las participantes, lo cual permitió realizar ajustes adicionales. Se completaron 50

cuestionarios; de estos, 5 se excluyeron por estar incompletos, y de los 45 restantes se recogieron 29 comentarios que ayudaron a perfeccionar el instrumento.

Validez de Contenido:

La validez del cuestionario se evaluó mediante el juicio de 11 expertos en LM, quienes revisaron la claridad, idoneidad y coherencia del contenido respecto a la pregunta de investigación.

Validez de Constructo:

Se efectuó un análisis factorial con una matriz de componentes rotados (Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser) para identificar las dimensiones evaluadas por el cuestionario. Este análisis mostró una alta consistencia interna en los cinco componentes, con coeficientes alfa de Cronbach entre 0,942 y 0,632, y un porcentaje de varianza total explicada alta (11,157% a 5,093%). Algunos ítems fueron eliminados tras la prueba piloto para mejorar la consistencia interna.

Este instrumento, resultado de un riguroso proceso de validación, está disponible en el artículo de investigación accesible en línea.

(C) Cuestionario de apoyo profesional a la LM del Programa de Gestión de la Calidad de la Atención Médica de la Región Española de Murcia (QPBS-EMCA) (89).

El cuestionario QPBS-EMCA evalúa las creencias, actitudes, normas subjetivas e intenciones conductuales de los profesionales de la salud en relación con la protección, promoción y apoyo a la LM. Este instrumento consta de cuatro escalas principales:

- Escala de Creencias: Evalúa el conocimiento y las creencias sobre la LM.

- Escala de Actitudes: Mide las actitudes hacia prácticas que favorecen el inicio y la continuidad de la lactancia.
- Escala de Normas Subjetivas: Mide la percepción sobre normas y prácticas institucionales en torno a la lactancia.
- Escala de Intención de Comportamiento: Evalúa la disposición de los profesionales para apoyar la LM.

Construcción del instrumento y validación.

El QPBS-EMCA se diseñó para proporcionar una medida válida y confiable en procesos de mejora de calidad en el marco de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), usando una escala Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo).

Pilotaje:

Se llevó a cabo un estudio piloto con una muestra de conveniencia en tres hospitales acreditados por la IHAN y cinco centros de atención primaria. Se distribuyeron 300 cuestionarios, de los cuales se buscaba obtener al menos 140 respuestas válidas para realizar el análisis factorial, cumpliendo con el criterio de siete respuestas por ítem.

Validez de Contenido:

Para la validación de contenido, participaron dos grupos de expertos: 20 profesionales clínicos (investigadores en LM o docentes en formación sobre lactancia en España) y 8 psicólogos especializados en la teoría de la acción razonada. Los expertos evaluaron la representatividad, relevancia y claridad de los ítems en una escala Likert de 1 a 5, añadiendo comentarios específicos según consideraron necesario.

Validez de Constructo:

Se realizó un análisis factorial exploratorio que reveló la multidimensionalidad de las escalas de creencias, actitudes y normas subjetivas, mientras que la escala de intención conductual resultó unidimensional. Los factores identificados confirmaron la agrupación de ítems en áreas relevantes, en línea con barreras para la implementación de la IHAN descritas en la literatura.

Confiabilidad:

La confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo valores entre 0,65 y 0,81 en las distintas escalas, lo cual indica una consistencia interna adecuada. Además, las puntuaciones totales de las escalas de creencias, actitudes y normas subjetivas predijeron las de la escala de intención conductual, mostrando coherencia en las medidas respecto al apoyo a la LM.

El QPBS-EMCA fue desarrollado y validado rigurosamente, demostrando ser un instrumento confiable y válido para evaluar creencias, actitudes, normas subjetivas e intenciones conductuales de los profesionales de la salud en relación con la LM, útil en los procesos de mejora de calidad basados en la IHAN.

(D) ECoLaE: Encuesta sobre conocimientos en LM para enfermería (90).

Es una herramienta inspirada en la ECoLA para pediatras, validada para las enfermeras y matronas con responsabilidad directa en el cuidado madre-hijo, quienes trabajan en unidades hospitalarias de obstetricia, urgencias pediátricas, pediatría, neonatología, y en atención primaria, con el fin de tener un cuestionario fiable y acondicionado a la profesión. Al igual que la encuesta que se tomó como referencia posee una sección puntuada y otra sin puntuación donde se recogen variables que pueden completar la información sobre

el conocimiento de las enfermeras en relación a la LM. Ofrece una herramienta muy útil para detectar posibles carencias formativas, en el personal de enfermeras, con el fin de diseñar una actividad curricular específica y adecuada que mejore o corrija esas posibles carencias.

Construcción del instrumento y validación.

El cuestionario se diseñó basándose en la escala previamente descrita, ECoLa para pediatras, ya que se consideró que los procedimientos utilizados en su desarrollo eran apropiados. Dado que el cuestionario mide los mismos conceptos y tiene el mismo propósito, se estimó que podía aplicarse también al personal de enfermería.

Pilotaje inicial:

Se llevó a cabo un pilotaje con 15 enfermeras expertas en LM y en el cuidado del binomio madre-hijo, seleccionando a 3 de cada subgrupo de enfermeras de la población en estudio. Este proceso permitió realizar una evaluación preliminar del instrumento.

Validez de contenido y de constructo:

El objetivo inicial fue realizar una validación lingüística para valorar la comprensibilidad y claridad del cuestionario en el contexto del personal de enfermería. A las enfermeras participantes se les proporcionó el cuestionario original en formato papel, explicando el propósito del pilotaje y solicitándoles que evaluaran la viabilidad del cuestionario en términos de claridad, comprensión, extensión y posibles adaptaciones necesarias.

Como resultado de este proceso, se realizaron algunas modificaciones menores en el lenguaje sin afectar la validez del cuestionario:

- Se sustituyó la palabra "residencia" por "periodos de formación" en las preguntas 22, 24 y 25.
- Se cambió "tratamiento" por "abordaje" en la pregunta 17.

- Se modificó "diagnóstico" por "identificación" en la misma pregunta.

A través de un análisis cualitativo de las respuestas, se confirmó que estas adaptaciones mejoraban la comprensión para el personal de enfermería sin alterar el fondo del cuestionario.

Confiabilidad:

El análisis de confiabilidad mostró resultados satisfactorios.

Consistencia interna:

El índice KR20 para las preguntas con respuestas dicotómicas fue de 0,802.

El alfa de Cronbach para las preguntas de opción múltiple fue de 0,719; y para el total del cuestionario fue de 0,866, lo que indica una consistencia interna alta.

Concordancia inter observadores:

Ítem 18: $n = 11$, Kappa = 0,6.

Ítem 30: $n = 11$, Kappa = 0,825.

Puntuación total: $n = 11$, Kappa = 0,856.

Fiabilidad test-retest:

Puntuación global: Coeficiente de concordancia intraclass (CCI) = 0,856 (IC 95%: 0,55-0,96). Pregunta 30: CCI = 0,93 (IC 95%: 0,75-0,985).

El cuestionario fue ajustado y validado adecuadamente para su aplicación en el personal de enfermería, mostrando una alta consistencia interna y fiabilidad. Las modificaciones realizadas en el lenguaje mejoraron la claridad sin comprometer la validez del instrumento, haciéndolo viable para su uso en la evaluación de conocimientos sobre LM en este colectivo.

Tabla 3. Cuestionarios creados y validados en español para investigación en LM (aspectos generales).

Cuestionario o Escala de Evaluación/ (Siglas en inglés). País/Localidad/año	Población de Estudio/ número de ítems	Utilidad Clínica o posible impacto social	Nombre del artículo/Idioma de publicación/ Disponibilidad del Instrumento	Institución e Investigador responsable de solicitud /correspondencia/
EcoLa: Encuesta sobre conocimientos y habilidades en LM para Pediatras y residentes de pediatría España/Madrid Hospital Infantil Nino~ Jesús (HNJ) 2015	Pediatras y residentes de pediatría (49 pediatras y 48 residentes) 40 pediatras del foro virtual de LM 31 alumnos de un curso básico sobre conocimientos de lactancia para pediatras y residentes de pediatría. Total 168 individuos 31 ítems	Se ofrece una herramienta de la que se documentan validez y fiabilidad, adaptada al contexto español, breve y autoadministrable en papel u online. Útil para el diagnóstico acerca del conocimiento del pediatra sobre LM y realizar planes de adiestramiento o reforzar conocimiento sobre lactancia en aquellos pediatras o residentes de pediatría que muestren deficiencias en cuanto a ese conocimiento	<i>Validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en LM. (español)</i> Publicado en Anales de Pediatría. Asociación Española de Pediatría por Elsevier España. Artículo de acceso abierto, incluye el cuestionario en el anexo	Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría, Madrid, España Marta Gómez Fernández-Vegue.
Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM España/Murcia Asociación Civil de apoyo a la lactancia "Lactando" 2015	Madres lactantes que acudían al grupo de apoyo a la LM "Lactando". Se realizó un total de 50 cuestionarios, de los cuales se desecharon 5 por estar incompletos. Se obtuvieron 29 comentarios adicionales en los 45 cuestionarios finales 35 ítems	Se ofrece un instrumento que permite evaluar el impacto, así como el nivel de satisfacción de las madres en relación al apoyo que reciben por parte de la familia y el entorno, aplica al apoyo de profesionales sanitarios o talleres de LM a los cuales acuden en los GALM o en centros asistenciales. Evaluación de los servicios ofrecidos para mejorar la calidad.	<i>Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM. (español)</i> Publicado por Nutrición Hospitalaria. Artículo de acceso abierto. Y contiene el cuestionario en el artículo	Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Unidad Docente Obstétrico-Ginecológica Isabel Baño Piñero
Cuestionario de Apoyo Profesional a la LM del Programa de Gestión de la Calidad de la Atención Médica de la Región Española de Murcia (QPBS-EMCA). España/Murcia. 14 CDS y 3 Hospitales acreditados IHAN de la localidad 2016	Un total de 201 profesionales participaron en el estudio. Profesionales de maternidad y atención primaria en dos departamentos de salud pública en el este de España. 49 ítems	útil en los Centro de salud que implementan procesos de calidad basados en la IHAN. Identificar barreras y facilitadores en el comportamiento de los profesionales de la salud hacia la LM. Su impacto incluye la mejora de las prácticas de apoyo a la LM y el aumento de las tasas de lactancia, contribuyendo así a la salud pública	<i>QPBS-EMCA (Questionnaire of Professional Breastfeeding Support of the Healthcare Quality Management Program of the Spanish Region of Murcia). (inglés)</i> El Instrumento se encuentra disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line	Universidad de Murcia. Facultad de Psicología Rosa Bermejo
ECoLaE: Encuesta sobre conocimientos en lactancia para enfermería España/ Cantabria Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud 2019	112 enfermeras generalistas, enfermeras especialistas en pediatría y en obstetricia (matronas) con responsabilidad en el cuidado madre-hijo 22 ítems	Cuestionario fiable y acondicionado al profesional de enfermería, que permite evaluar el nivel de conocimiento en el personal y fomentar la instrucción en aquellas profesionales que deseen corregir las deficiencias, con miras a mejorar la repercusión en el fomento de la LM en las madres por ellas asistidas.	<i>ECoLaE: validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en LM para enfermería(español)</i> Publicado en Atención Primaria por Elsevier España Artículo de acceso abierto:	Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España Carolina Lechosa

5.1.2. Cuestionarios en inglés traducidos, adaptados y validados al español:

Se describen 5 cuestionarios de los 9 seleccionados en la revisión sistemática, creados en el idioma inglés, en términos de: propósito, aspectos estructurales, validez y confiabilidad y detalles sobre su traducción y adaptación. En este caso no se detallará la construcción sino la adaptación y validación.

(A)Formulario corto de escala de autoeficacia de la LM. BSES-SF (91).

La Escala de Autoeficacia en LM (Breastfeeding Self-Efficacy Scale, BSES formulario largo), fue desarrollada por Dennis y Faux en 1999 (92) con el objetivo de evaluar la autoeficacia de las madres en relación a la LM. La versión original constaba de 33 ítems, puntuados en una escala Likert de 5 puntos (de 1 "nada seguro" a 5 "siempre seguro"). Las puntuaciones totales podían variar de 33 a 165, donde las puntuaciones más altas reflejaban mayores niveles de autoeficacia. En 2003, la autora principal, Dennis, creó una versión corta de 14 ítems llamada Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), (93) que mantenía la misma validez y confiabilidad que la versión larga, pero era de más fácil aplicación con la misma capacidad predictiva.

Esta ha sido traducida en varios idiomas y utilizada por más de 15 países. Oliver-Roig et al., (91) realizaron la traducción, adaptación cultural y validación del formulario corto de escala de autoeficacia de la LM, que permite evaluar la autoeficacia materna en mujeres de habla hispana.

Validación.

La escala BSES-SF se tradujo al español siguiendo un procedimiento estándar de traducción ciega. La traducción directa fue realizada por dos traductores y la retro traducción por otros dos, ninguno de los cuales tenía experiencia en LM. Durante el

proceso se documentaron las dificultades de traducción, así como los ajustes sintácticos y semánticos necesarios para adaptar los ítems al contexto cultural español. La versión final fue revisada por cuatro expertos en LM.

Se realizó un estudio piloto (pretest) con nueve madres lactantes para evaluar la comprensibilidad y legibilidad de la versión traducida de la BSES-SF. La validez de constructo fue confirmada mediante un análisis de componentes principales que mostró una estructura unidimensional, con cargas factoriales superiores a 0,30 en todos los ítems. Para la validez predictiva, se compararon las puntuaciones intrahospitalarias de la BSES-SF, observando que las madres que mantenían la LME a las 3 semanas tenían puntuaciones más altas en la escala (diferencia de medias = 4,17; IC 95% = 0,21–8,13; $p = 0,039$).

La consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que alcanzó un valor de 0,92; indicando que es un instrumento altamente confiable. Los resultados del estudio sugieren que la versión en español de la BSES-SF es una herramienta válida y confiable para medir la autoeficacia en LM en España.

(B) Escala de Autoeficacia Prenatal (versión en español). PBSES-e (94).

Esta escala conocida por sus siglas en inglés como Prenatal Breast-feeding self-efficacy scale, fue aplicada a mujeres embarazadas y es una adaptación de la versión original en inglés creada en 2006 por Wells et al., (95) esta escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas en la población estadounidense. Los autores de la versión en español, Piñero-Albero et al., (94) consideraron que podría ser una herramienta útil para identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de decidir no amamantar o suspender la lactancia en una etapa temprana. La escala incluye ítems referidos a la

autoeficacia de la LM antes del nacimiento, usa una escala Likert de 5 puntos que varía de 1 (nada seguro) a 5 (completamente seguro). El estudio proporciona una herramienta para evaluar la autoeficacia en mujeres embarazadas respecto a la LM, mostrando evidencias de confiabilidad y validez predictiva.

Validación.

Traducción y Adaptación:

La escala PBSES-e fue traducida del inglés al español por dos traductores bilingües, quienes realizaron ajustes para asegurar la equivalencia semántica y conceptual. La versión en español fue revisada y consensuada por los traductores e investigadores. Posteriormente, dos traductores bilingües externos al estudio realizaron una re-traducción al inglés, obteniendo así la versión final en español (PBSES-e).

Pretest:

Se realizaron entrevistas cognitivas con cinco mujeres embarazadas para evaluar la comprensibilidad y legibilidad del PBSES-e en español.

Validez de Contenido:

La versión final en español fue evaluada por expertos en LM quienes revisaron el cuestionario para asegurar su coherencia y relevancia.

Validez de Constructo:

Se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar dos modelos:

Modelo 1: Cuatro variables latentes con un factor de segundo orden.

Modelo 2: Un único factor latente.

Los modelos fueron analizados usando el índice de bondad de ajuste (GFI, Goodness of Fit Index) y el índice de ajuste comparativo (CFI, Comparative Fit Index), considerándose aceptable un valor mayor a 0,9 y bueno un valor superior a 0,95.

Validez Predictiva:

Se compararon las puntuaciones del PBSES-e entre las madres que amamantaban exclusivamente al momento del alta hospitalaria y aquellas que no lo hacían. Las madres que mantenían LME obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el PBSES-e ($t = 3,34$; $p = 0,001$).

Confiabilidad:

La confiabilidad del PBSES-e fue evaluada mediante el alfa de Cronbach, que obtuvo un valor de 0,91, similar a la versión original (0,89). Estos resultados sugieren que el PBSES-e es una herramienta confiable y válida para evaluar la autoeficacia en LM en mujeres embarazadas en contextos hispanohablantes.

(C) Escala de Actitudes de Alimentación Infantil de Iowa versión corta. IIFAS-SF (96).

La Escala de Actitudes de Alimentación Infantil de Iowa (IIFAS, Iowa Infant Feeding Attitude Scale, por sus siglas en inglés) es un instrumento ampliamente utilizado a nivel internacional para evaluar las actitudes de las madres hacia la LM y la alimentación con fórmula, con un alto valor predictivo. Se elaboró en el idioma inglés por De la Mora et al., (97) en ese idioma, se aplicó a diferentes poblaciones de estudio. Los primeros en realizar la traducción y validación al español fueron Jácome y Jiménez, (98) en Colombia. La escala contaba de diecisiete preguntas de elección múltiple, mediante una escala de Likert con cinco puntos de valoración, que va desde 1, completamente en desacuerdo, a 5, completamente de acuerdo. Puntuaciones más altas indicaban que es probable que la encuestada amamante a su bebé. La escala fue modificada por Tomás Almarcha et al., (96), quienes desarrollaron una versión más breve con 9 ítems, eliminando 8 que

presentaban baja validez predictiva. Esta nueva versión, conocida como IIFAS-SF (Iowa Infant Feeding Attitude Scale - Short Form, por sus siglas en inglés), mejoró los valores de confiabilidad, manteniendo el mismo objetivo que la escala original, pero con la ventaja de requerir menos tiempo para completarse. Además, demostró ser un buen predictor de la iniciación e intención materna de amamantar, así como de la exclusividad y duración de la LM.

Validación.

La traducción directa, se realizó con el método de traducción en ciego, esta se efectuó por dos traductores independientes que tradujeron la escala del inglés al español, y otros dos traductores realizaron la retro traducción para asegurar la equivalencia entre las versiones, minimizando errores o sesgos culturales.

Adaptación cultural: Se ajustaron los ítems durante la traducción para asegurar que fueran culturalmente relevantes y reflejaran el lenguaje y actitudes locales hacia la LM.

Validez de contenido:

Los traductores y un equipo de expertos en LM revisaron las versiones de la escala. A través de discusiones y consensos, se alcanzó una versión final en español.

Estudio piloto: Se realizó un pretest con diez mujeres embarazadas para evaluar la claridad y aplicabilidad cultural del cuestionario en un contexto real.

Validez de constructo:

Se realizó un análisis factorial exploratorio donde se verificó la validez de constructo eliminando ítems con cargas factoriales bajas ($<0,30$) reduciendo la escala sin perder su capacidad de medir las actitudes hacia la LM. Luego un análisis factorial confirmatorio: tres modelos se probaron con índices de bondad de ajuste (GFI) y ajuste comparativo (CFI) superiores a 0,90 dando validez a la estructura interna del instrumento.

Confiabilidad:

La versión corta mostró un alfa de Cronbach de 0,79; lo que indica una buena consistencia interna y mejora respecto a la versión original.

La versión corta demostró ser un buen predictor de la intención materna de amamantar, así como de la iniciación, exclusividad y duración de la LM.

(D) Escala de apoyo a la LM en el lugar de trabajo. WBSS (99).

Workplace Breastfeeding Support Scale, (siglas en inglés), fue desarrollada, por Bai et al., (100) usada en mujeres entre 6 y 12 meses postparto, que habían iniciado la lactancia antes de la encuesta y que se encontraban alternando la LM con la actividad laboral. Evalúa el apoyo percibido por las madres para amamantar en su lugar de trabajo y las necesidades de mejora al apoyo en esos lugares de trabajo. Utiliza una escala Likert de 7 puntos, una puntuación de 1 indica "totalmente en desacuerdo" y una puntuación de 7 "totalmente de acuerdo". La traducción, adaptación cultural y su validación fue llevada a cabo en la Universidad de Sevilla por León-Larios et al., (99). Se aplicó a empleadas, que dieron a luz en los 10 años antes del estudio, mientras trabajaban en la Universidad, el 53,8% eran profesoras y el 46,2% personal administrativo. Casi todas las mujeres habían amamantado a sus hijos (92,9%).

Validación.

El instrumento fue traducido al español por tres expertos bilingües en LM. Posteriormente, otros tres expertos independientes realizaron la traducción inversa al inglés. La versión final del cuestionario fue evaluada y ajustada por cinco expertos en LM, tras una revisión exhaustiva de la literatura. Los investigadores utilizaron la Workplace Breastfeeding Support Scale (WBSS), un instrumento confiable y validado en inglés, para evaluar la

percepción de las madres sobre el apoyo a la LM en el lugar de trabajo. La escala agrupa los ítems en cuatro categorías: apoyo técnico, apoyo ambiental, apoyo de las instalaciones y apoyo de los compañeros.

La validez de contenido fue confirmada mediante una revisión por un panel de expertos. La WBSS demostró una confiabilidad aceptable, con un alfa de Cronbach de 0,77 y un coeficiente de correlación (r) de 0,86; la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,71. No se incluyeron indicadores específicos de validez de constructo ni de validez predictiva, probablemente porque el estudio fue de tipo retrospectivo.

(E) Encuesta inicial de LM acumulativa. BBSC. (101).

Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative, (siglas en inglés), es un cuestionario auto administrado que permite la evaluación global y la percepción de la madre sobre la efectividad de la LM en el post parto temprano. Fue desarrollada en el idioma inglés por Mulder y Johnson (102). Sus ítems son evaluados con una escala Likert de 5 puntos. Las puntuaciones más altas indican una LM más efectiva. Se mide la intensidad de los problemas de LM en cuatro áreas (problemas en los pezones, problemas en los senos, problemas con la cantidad de leche y problemas con la frecuencia de las sesiones de lactancia), utilizando elementos generados con una escala de respuesta de 0 a 100 puntos. También se agrega la percepción de la madre relacionada con la reacción del lactante. Debido a su baja especificidad, es importante realizar una evaluación personalizada de la técnica de LM en madres que obtienen puntuaciones inferiores a 88 puntos. Fue traducida y validada en español por Saus-Ortega et al., en 2019 (101).

Validación.

El equipo de investigación incluyó a dos psicólogas expertas en psicometría y dos matronas con experiencia clínica en LM. La escala BBSC fue traducida del inglés al español por dos traductores bilingües, y luego otros dos traductores, que desconocían la versión original, realizaron la traducción inversa del español al inglés. Cada traductor evaluó el grado de dificultad de cada ítem en una escala de 1 ("no difícil") a 10 ("dificultad máxima") y detalló las modificaciones semánticas o sintácticas realizadas. Tras la retro traducción, se compararon las dos versiones en inglés y se acordó una versión final en español.

Pretest:

Se llevaron a cabo 25 entrevistas cognitivas con madres lactantes para verificar la comprensibilidad y legibilidad de los ítems en la versión final en español de la escala.

Validez de Constructo:

Para evaluar la validez de constructo, se recopilaron datos sobre la experiencia previa en lactancia, el tiempo planeado de lactancia (en meses), el tiempo de inicio de contacto piel con piel de al menos 60 minutos, el estado de lactancia, el nivel de dificultad y la autoeficacia de la LM durante el ingreso. También se incluyeron datos de la historia clínica (paridad, tipo de parto y peso al nacer).

Dado que la estructura factorial de la escala no había sido investigada previamente, se realizó un análisis factorial en dos fases: primero, un análisis exploratorio para sugerir hipótesis sobre el número de factores y su estructura; luego, un análisis confirmatorio para comparar los resultados.

El ajuste del modelo se evaluó usando índices de ajuste comparativo, que contrastan el ajuste del modelo probado con un modelo de línea base: el índice de ajuste no normado

y el índice de ajuste comparativo, donde valores $> 0,90$ indican un ajuste aceptable y $> 0,95$ un buen ajuste. También se emplearon índices de ajuste absoluto, como el error cuadrático medio de aproximación (valores $< 0,05$ para buen ajuste y entre $0,05-0,08$ para ajuste aceptable) y el residuo medio estandarizado (valores $< 0,08$ para buen ajuste y $< 0,10$ para ajuste aceptable).

Confiabilidad:

La confiabilidad de la escala, medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, fue de 0,91; lo cual demuestra su alta consistencia interna.

Estudios previos demostraron que la escala tiene una fiabilidad adecuada y validez predictiva para identificar el abandono de la LM o la interrupción de la LME a los 3 meses posparto. Esto permite la intervención temprana mediante grupos de apoyo o asistencia profesional. Además, la herramienta es útil para el seguimiento de la lactancia; en el artículo revisado, se realizó un seguimiento a los 4 meses tras el egreso hospitalario.

En la Tabla 4 se presentan otros aspectos relevantes de los cuestionarios descritos anteriormente.

Tabla 4. Cuestionarios y escalas de evaluación en LM, traducidos, adaptados y validados desde el idioma inglés al español (aspectos generales).

Cuestionario o Escala de Evaluación/ (Siglas en inglés). País/Localidad/año	Población de Estudio/ número de ítems	Utilidad Clínica o posible impacto social	Nombre del artículo/ Idioma de publicación/ Disponibilidad del Cuestionario o escala	Institución Investigador responsable de solicitud
Formulario corto de escala de autoeficacia de la LM. (BSES-SF Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form) España/ Alicante. Hospital Público de Orihuela. 2012	135 madres de 2 días en post parto mayores de 18 años de edad, con embarazo de más de 36 semanas 14 ítems	Es altamente predictiva de los comportamientos en relación a la LM. Se puede detectar la falta de confianza de la madre y realizar intervención y apoyo. Útil para un plan de intervención y apoyo a la madre para facilitar el empoderamiento de ésta en relación a la LM	<i>The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. (Inglés)</i> Publicado por International Journal of Nursing Studies en Elsevier Disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line.	Departamento de enfermería de la Universidad de Alicante Antonio Oliver Roig
Escala de Autoeficacia Prenatal en la LM (PBSES-e: Prenatal Breast-feeding self-efficacy scale) España/Murcia Hospital Público en Yecla 2013	234 mujeres embarazadas en su tercer trimestre del Embarazo. 20 ítems	Evalúa el nivel de autoeficacia de la LM antes del nacimiento. Escala fácil de administrar y puntuar. Con buenas propiedades Psicométricas, Útil para identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de no amamantar o suspender la lactancia en una etapa temprana. Útil para un plan de intervención y apoyo a la madre durante el embarazo.	<i>The Spanish version of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale: reliability and validity (inglés)</i> Se encuentra disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line.	Departamento de enfermería de la Universidad de Alicante Antonio Oliver Roig
Escala de actitud de alimentación infantil de Iowa. Versión reducida en español (IIFAS-S Iowa Infant Feeding Attitude Scale- Short) España/Este de España Seis Hospitales 2016	1.354 mujeres embarazadas. En seis hospitales del este de España. 9 ítems	Diseñada para medir las actitudes maternas hacia la alimentación de su bebé, Indicador predictivo de la elección del método de alimentación (alimentación con LM, artificial o mixta) y en mujeres lactantes. Evalúa las actitudes maternas, pre y post parto, hacia la alimentación infantil, detecta a las mujeres en riesgo de no iniciar la LM, puede ser aplicada a la pareja de la madre o el padre.	<i>Reliability and Validity of the Reduced Spanish Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (inglés)</i> Publicado por Elsevier Inc, Derechos reservados Disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line.	Departamento de Enfermería. Campus de Sant Vicent del Raspeig. Alicante. Miguel Richart-Martínez,
La Encuesta acumulativa inicial de LM. Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative (BBSC) 13 hospitales de la red de salud pública del este de España 2019	793 madres lactantes. Los datos se obtuvieron de historias clínicas y cuestionarios auto administrados al alta, y se contactaron a las madres a los 1-4 meses después del parto. 24 ítems	Evalúa la percepción materna general de la efectividad de la LM durante el período posparto temprano. Evalúa la percepción materna sobre la eficacia de su lactancia y de la respuesta a la lactancia por parte del lactante.	<i>Validation of the Spanish Version of the Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative: A Follow-up Study (inglés)</i> Publicado en Journal of Human Lactation. Se encuentra disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line	Departamento de enfermería de la Universidad de Alicante Antonio Oliver Roig
Escala de Apoyo a la Lactancia en el Lugar de Trabajo/ Workplace Breastfeeding Support Scale (WBSS). España/ Sevilla 2019	197 empleadas de la Universidad de Sevilla que dieron a luz en los últimos 10 años mientras trabajaban. 18 ítems	Evalúa la percepción de la madre sobre el apoyo a la LM en el lugar de trabajo. Es útil para medir la percepción de la madre en relación a la continuidad o no de la lactancia, como una actividad que debe compaginar con la actividad laboral y si esta favorece o no el desempeño de esta	<i>Female employees' perception of breastfeeding-friendly support in a public university in Spain. (inglés)</i> Publicado en Public Health Nursing. Se encuentra disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line	Unidad de Igualdad de la Universidad de Sevilla. Fátima León Larios

5.2. Factores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM, estudiados en una muestra de población de la Comunitat Valenciana perteneciente al GALM Amamanta, durante la pandemia por COVID-19.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del estudio tipo encuesta, transversal y retrospectivo. En primer lugar, se expondrán los resultados del análisis descriptivo que ofrecen una visión general de las características de las variables estudiadas. Posteriormente, se analizan los resultados que muestran relación estadísticamente significativa entre las variables del estudio.

5.2.1. Análisis descriptivo.

Comenzaremos este apartado describiendo el comportamiento de las variables sociodemográficas en la muestra seleccionada para el OE2, que está conformada por 185 madres. Estas variables incluyen la edad de la madre, su nacionalidad, nivel de estudios, la situación laboral tanto de ella como de su pareja, el número de hijos y la edad del hijo amamantado. Luego, se incluirán la descripción de las variables contextuales, específicamente a las referidas a los problemas relacionados con la LM y el momento de aparición de dichos problemas, así como la experiencia previa de lactancia, incluyendo lactancias prolongadas o en tándem.

Seguidamente, se analiza el comportamiento de las subvariables de la variable independiente, que están vinculadas tanto con el apoyo a la LM por parte del entorno familiar (pareja, madre y otros familiares), como de la comunidad (mujeres que también estaban amamantando, apoyo de amigas (os), profesionales y/o personal sanitario y del área de la salud, asesoras de lactancia y GALM).

Se describe también la expresión de la variable dependiente, relacionada con el sostenimiento de la LM, en sus tres componentes.

(A) Variables sociodemográficas.

En cuanto a la edad de la madre encuestada, del total de mujeres participantes en el estudio el 55,7 % (n=103) se ubicaron en el grupo de 36 a 45 años; el 43,2 % (n= 80) en el grupo de 26 a 35 años y el 1,1 % (n=2) en el grupo de más de 45 años, no hubo madres menores de 25 años. Esto se expone en la figura 5.

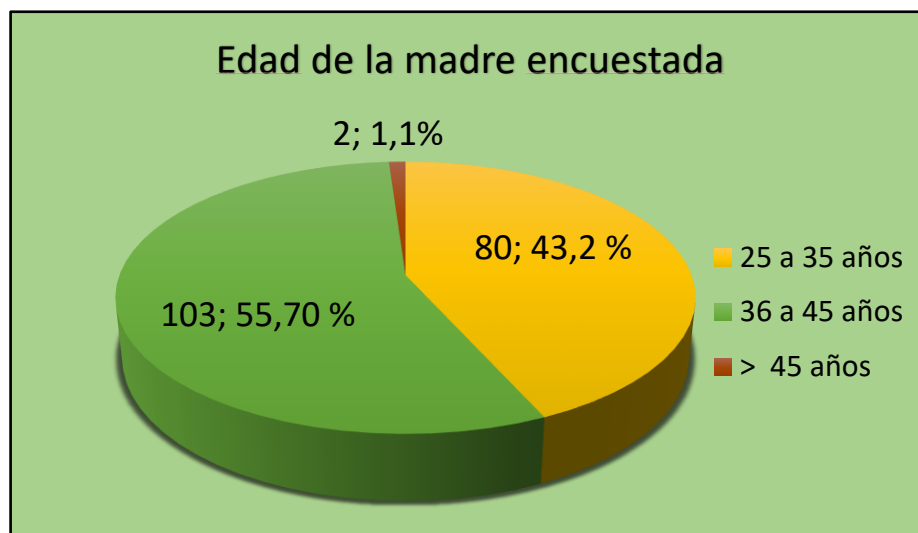


Figura 5. Edad de la madre encuestada.

En relación a la nacionalidad, el 89,1% (n=165) fueron españolas y el 10,9% extranjeras (n=20). Las nacionalidades extranjeras estaban representadas por: italianas el 2,7% (n=5), colombianas 1,6% (n=3) y alemanas 1,2% (n=2). El resto de las nacionalidades fueron: argentina, boliviana, checa, china, ecuatoriana, francesa, hondureña, ucraniana, uruguay y venezolana. Cada una ocupó el 0,54% (n=1) haciendo el total de 5,4% (n=10).

En cuanto al nivel de estudios; el 94,6 % de las madres encuestadas, habían recibido estudios de educación superior, el 78,9% (n=146) universitarios, el 15,7% (n=29) refirieron haber recibido cursos de formación profesional, en contraste con el 3,8% (n=7) que tenían bachillerato aprobado y el 1,6% (n=3) habían terminado la educación primaria como se muestra en la figura 6.

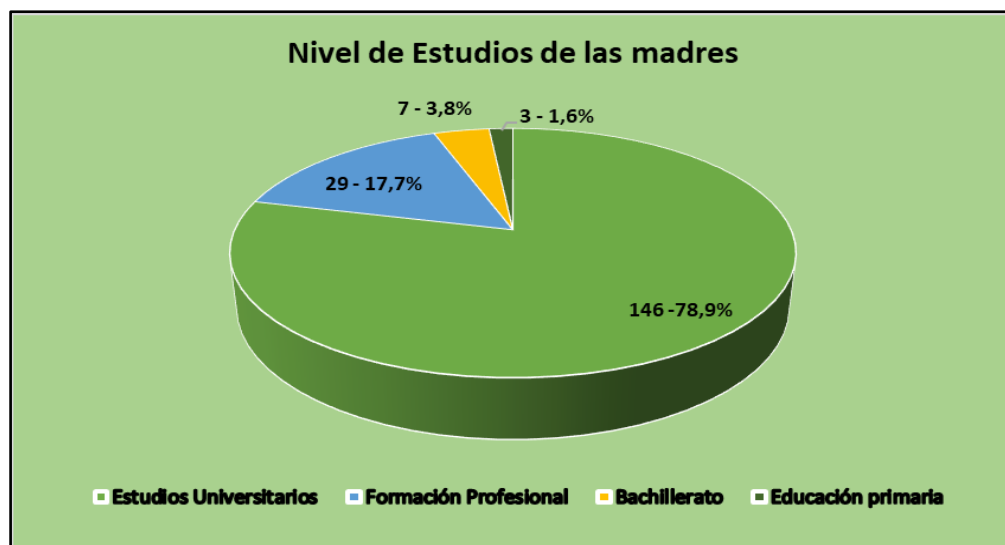


Figura 6. Nivel de estudios de las madres encuestadas.

En relación con la situación laboral de las madres lactantes, el 50,8 % (n=94) informó que estaba trabajando. El 27 % (n=50) se encontraban de baja laboral y el 22,2 % (n= 41) no se encontraba trabajando en ese momento. Por otra parte, en cuanto a la situación laboral de las parejas de las madres encuestadas, el 84,3% (n=156) se encontraban trabajando, de baja laboral el 7,6% (n=14) y no estaban trabajando el 8,1% (n=15).

En la figura 7 se observa una comparativa de la situación laboral de las madres lactantes y sus parejas en cuanto a frecuencias y porcentajes.

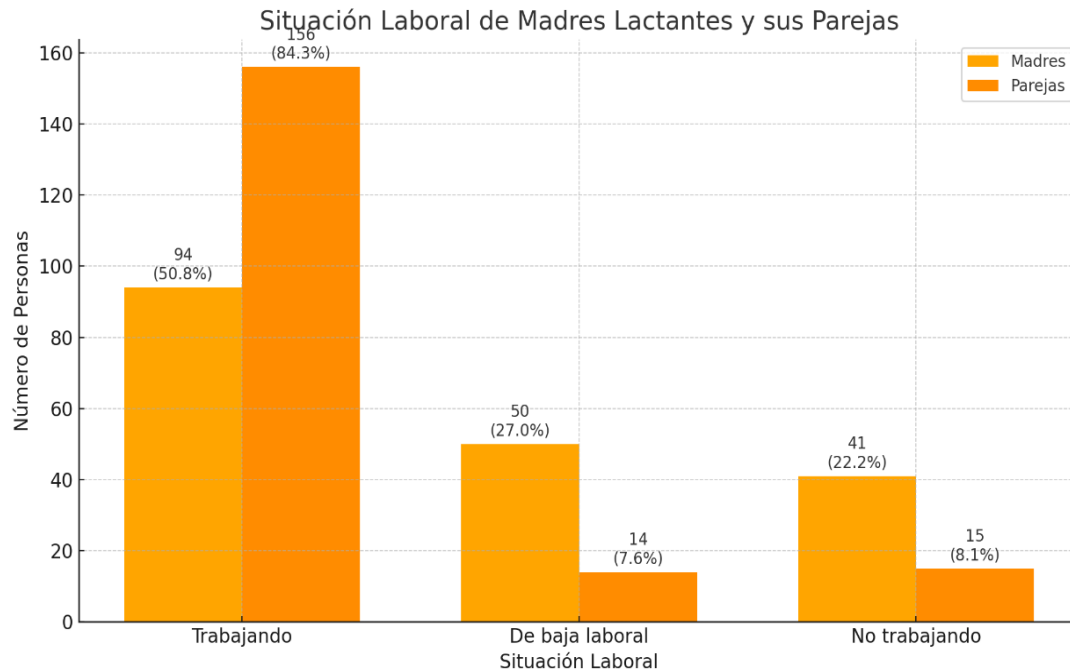


Figura 7. Situación laboral. Comparativa entre las madres lactantes y sus parejas. Con respecto al número de hijos el 81,09 % (n=150) de las madres reportó tener uno, por su parte; el 17,29% (n=32) dos hijos y el 1,62 % (n=3) tres, ninguna reportó tener 4 o más.

La edad del hijo lactante, se encontraba en los siguientes rangos: el 10,28% (n=19) tenía entre 1 a 2 meses, El 67,02% (n=124), del total de lactantes se encontró en los rangos entre 3 a 6 meses y de 7 a 11 meses de edad, y el 22,70% (n=42) correspondió a quienes tenían de 12 a 18 meses. Tal como se detalla en la siguiente figura 8.

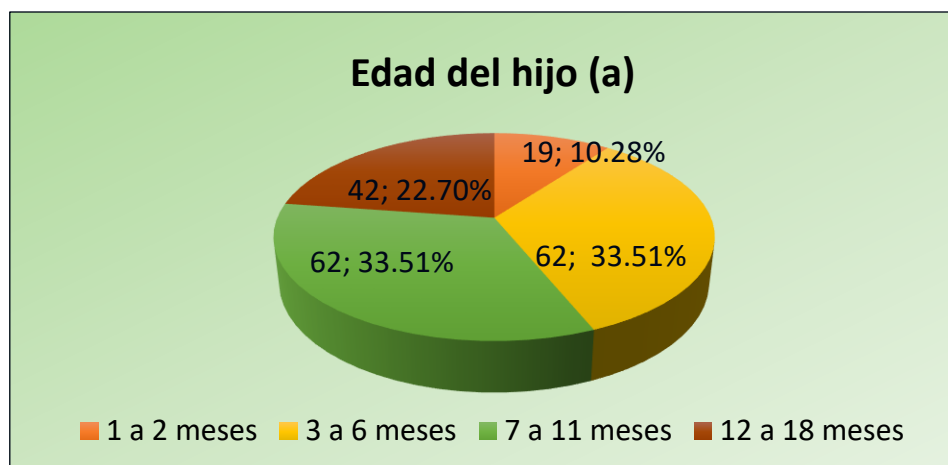


Figura 8. Edad del hijo (a) en el momento de la encuesta.

(B) Variable: Problemas con la LM.

El 1,6% (n=3) de las participantes indicaron no experimentar dificultades con la LM. Estas mujeres mencionaron que sus consultas al grupo de apoyo o al profesional de LM se centraron en inquietudes relacionadas con la compatibilidad de medicamentos con la LM, y dudas sobre el reintegro laboral y el proceso de destete. En contraste, con el 98,4% (n=182) que informó enfrentar algún tipo de problema con la LM.

Se identificaron más de los 24 problemas de LM presentados como opciones de respuesta en la pregunta correspondiente. Los cinco principales problemas reportados fueron: agotamiento y cansancio (62,7%, n=116), dudas relacionadas con la posición o técnica para amamantar (56,8%, n=105), lactancia dolorosa (56,2%, n=103), grietas en el pezón (53,5%, n=99) y problemas del bebé para el enganche (47,6%, n=88). Además, se mencionaron otras opciones, como el síndrome de Raynaud (1,6%, n=3) y otros problemas (5,5%, n=11), cada una representando el 0,5%. Entre otros se incluyeron agitación, cólicos, dudas con las señales del bebé, destete, soledad, suministro de

pezoneras en el hospital, alta médica antes de la subida de la leche, galactocele, hipoplasia mamaria, administración de fórmula en el hospital y uso del chupete.

En la opción de respuesta abierta, las madres tuvieron la oportunidad de comentar sobre las dificultades durante el inicio y la instauración de la LM. Algunos testimonios incluyeron:

- “Cólicos, posible alergia a la proteína de la leche (que sí que tuvo) y alergia a la soja.”
- “Tuve dudas sobre tiempos, señales del bebé, producción de leche...”
- “Con la pandemia no podía acudir a algún sitio para que me ayudaran, estaba todo muy limitado, pero de manera virtual el grupo Amamanta y la enfermera experta en lactancia de mi centro de salud fueron las que me ayudaron a seguir y estoy muy agradecida.”
- “Me sentí muy sola. Le di pecho 6 semanas, pero con fórmula también y no engordaba.”
- “Cuando subí después de la cesárea, me dieron pezoneras. Aunque al principio me resistí, cuando me dijeron que me las pusiera no tuve fuerzas ni valor para negarme, no sabía cuál era la mejor opción.”
- “Recibí el alta hospitalaria antes de mi ‘subida de leche’, no me pareció correcto, me sentí desamparada...”
- “el bebé tenía frenillo, detectado a los 4 meses. Nadie ayudó: 4 pediatras, Amamanta, asesoras de lactancia, matrona... Nadie supo ayudar. He acabado con Síndrome de Raynaud.”

- “En el hospital, sin permiso y en contra de mi plan de parto, le dieron fórmula y chupete. Esto interfirió con nuestra lactancia severamente... me costó 3 meses establecer una lactancia natural, sin dolor y exclusiva.”
- “Tuve una bebé prematura y se aplicó método dedo jeringa.”
- “Tuve que usar pezoneras.”
- “La primera semana costaba muchísimo despertarlo para que mamara.”
- “Eczema de la areola.”

En el 34,1% (n=63) de los casos, los problemas con la lactancia empezaron el primer día posterior al nacimiento del bebé; el 25,9% (n=48) entre el segundo y el sexto día, seguido del 22,2% (n=41) desde la primera semana hasta la tercera semana, el 11,4% (n=21) del primer al segundo mes, el 4,3% (n= 8) del tercer al sexto mes, el 1,6% (n=3) del séptimo al décimo primer mes, y el 0,5% (n=1) de uno a años.

La Tabla 5, muestra los problemas reportados por las madres durante la instauración de la lactancia, recopilados a partir de las encuestas realizadas durante la investigación.

(C) Variable: Experiencias de la madre y la LM.

El 81,6% (n=151) de las madres reportaron no haber experimentado la LM anteriormente puesto que este era su primer hijo, el 12,4% (n=23) reportó haber dado LM a un hijo anterior con una experiencia satisfactoria, el 5,4% (n=10) reportó haber dado el pecho, aunque la experiencia no fue satisfactoria y el 0,6% (n=1) no le dio el pecho al hijo anterior.

Tabla 5. Problemas con la LM reportados por las madres.

	Opciones de respuesta	Frecuencia	%
1	Agotamiento y cansancio	116	62,7
2	Dudas relacionadas con la posición/técnica para amamantar	105	56,8
3	Lactancia dolorosa	104	56,2
4	Grietas del pezón	99	53,5
5	Problemas del bebé para el enganche	88	47,6
6	Dudas sobre si el bebé queda con hambre	81	43,8
7	Dudas sobre compatibilidad de medicamentos con la LM	73	39,5
8	Dudas sobre mi capacidad de dar pecho	67	36,2
9	Dudas sobre la incorporación laboral compatible con la LM	64	34,6
10	Obstrucción de un conducto mamario	60	32,4
11	Problemas con el peso del bebé	60	32,4
12	Frenillo del bebé	57	30,8
13	Dudas sobre la manipulación de la leche materna	50	27,0
14	Mastitis	39	21,1
15	Congestión mamaria	38	20,5
16	Dudas sobre la calidad de mi leche	38	20,5
17	Problemas con la subida de la leche	35	18,9
18	Producción excesiva de leche	33	17,8
19	Relactación	29	15,7
20	Producción insuficiente de leche	23	12,4
21	Pezón plano o invertido	19	10,3
22	Rechazo del pecho por el bebé	5	2,7
23	Hongos	3	1,6
24	No he tenido problemas	3	1,6
25	Otros: síndrome de Raynaud	3	1,6
26	Otros: Agitación, cólicos, tiempos y señales del bebé, como dejar el pecho, soledad, suministro de pezoneras en el hospital, alta médica antes de la subida de la leche, galactoceles, hipoplasia mamaria, hospital dieron fórmula, uso de chupete.	1 de cada opción = 11	5,5 Cada una ocupa el 0,5%

Por otro lado, el 3,2% (n=6) de las madres que participaban en el GALM con un segundo (a) hijo (a), cuyas edades se encontraban entre 1 y 9 meses, al responder la pregunta abierta sobre el número de meses que le había dado el pecho a su hijo, de manera libre y espontánea aportaron información adicional sobre sus experiencias de lactancia con el hijo anterior en relación al tiempo de duración: 6 años y medio, 4 años, 30 meses, 2 años, 22 meses y 20 meses. De estas seis madres mencionadas, el 1,1% (n=2) estaban suministrando lactancia en tándem, (22 meses el hijo mayor y 2 meses al hijo actual y 6 años y medio la hija mayor y 3 meses al hijo actual).

(D)Variable: Apoyo familiar y comunitario.

El principal apoyo percibido por las encuestadas, proveniente de su sistema familiar fue el ofrecido por sus parejas con el 91,9% (n=170), seguido del apoyo de la madre con el 71,5% (n=132) y en tercer lugar el 37,3% (n=69) por parte de un familiar diferente a la pareja o la madre.

Desde el punto de vista del apoyo comunitario, las madres reportaron al GALM con el 74,1% (n=137), seguido de una amiga o amigo con el 54,6% (n=101). Los profesionales(es) sanitario(s) representaron el 38,4% (n=71), otros el 3,7% (n=7) y no se sintió apoyada el 1% (n=2). Lo cual se observa gráficamente en la figura 9.

En relación a si había mujeres amamantando en su entorno, el 68% (n=127) reportaron que sí, mientras que el 31,7% (n=59) que no.

En cuanto al apoyo para las tareas del hogar, el 67,2% (n=125) de las madres respondieron afirmativamente mientras que el 32,8% (n=60) respondió no recibir ningún tipo de apoyo para ello.

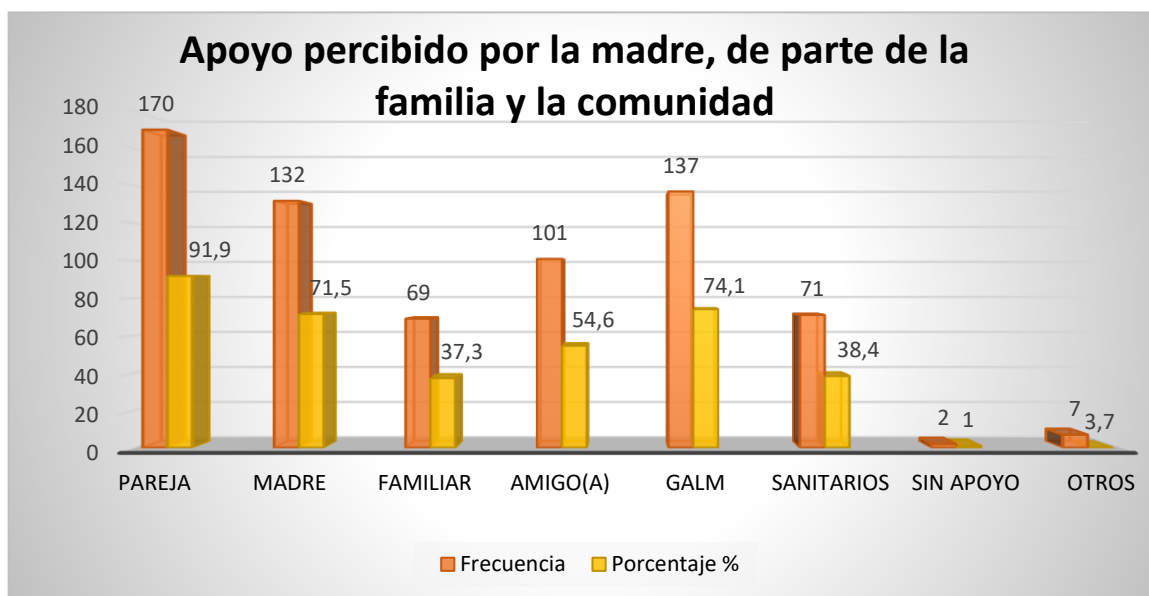


Figura 9. Apoyo percibido por la madre por parte de la familia y la comunidad.

En lo relacionado con la ayuda por parte del personal del paritorio y/o de la sala de recuperación; el 60,2% (n=112) respondieron que sí y el 39,8% (n=73) informaron no haberla recibido. En referencia a la ayuda recibida por algún profesional de planta en el post parto inmediato (maternidad), el 69,4% (n=129) reportó haberlo recibido, mientras el 30,6% (n=56) que no lo había recibido. En cuanto a la ayuda recibida por algún profesional del CDS, el 57% (n= 105) respondió que sí y el 43% (n=80) que no. Respecto a las consultas realizadas por las madres para resolver sus problemas relacionados con la LM, el 82,02% (n=152) reportó haber consultado con un GALM. La segunda opción más frecuente fue la orientación por parte de la matrona del CDS, con el 54,3% (n=101). El 33,3% (n=62) de las madres pidió consejo al personal de planta de maternidad, mientras que el 30,6% (n=57) solicitó asesoramiento del pediatra en el CDS. El 25,80% (n=48) asistió a una consultora privada de lactancia y el 16,12% (n=30) acudió a la Unidad de LM en el hospital. El 8,6% (n=16) se asesoró con los

profesionales del paritorio o de la sala de recuperación, y el 5,4% (n=10) acudió a urgencias. El médico de familia fue consultado por el 4,3% (n=8) de las madres, y el 3,8% (n=7) solicitó atención con la enfermera o enfermero del CDS.

Finalmente, otras opciones de consulta, representadas por el 3,8% (n=7), incluyeron fisioterapeutas, asesoras de lactancia de varias organizaciones, enfermeras IBCLC (Consultoras Internacionales de Lactancia), osteópatas, ginecólogos e higienistas dentales del CDS especializados en lactancia.

En la figura 10 se muestra en términos de porcentaje, los diferentes tipos de personal sanitario y el GALM que fueron consultados por las madres para resolver problemas de lactancia.

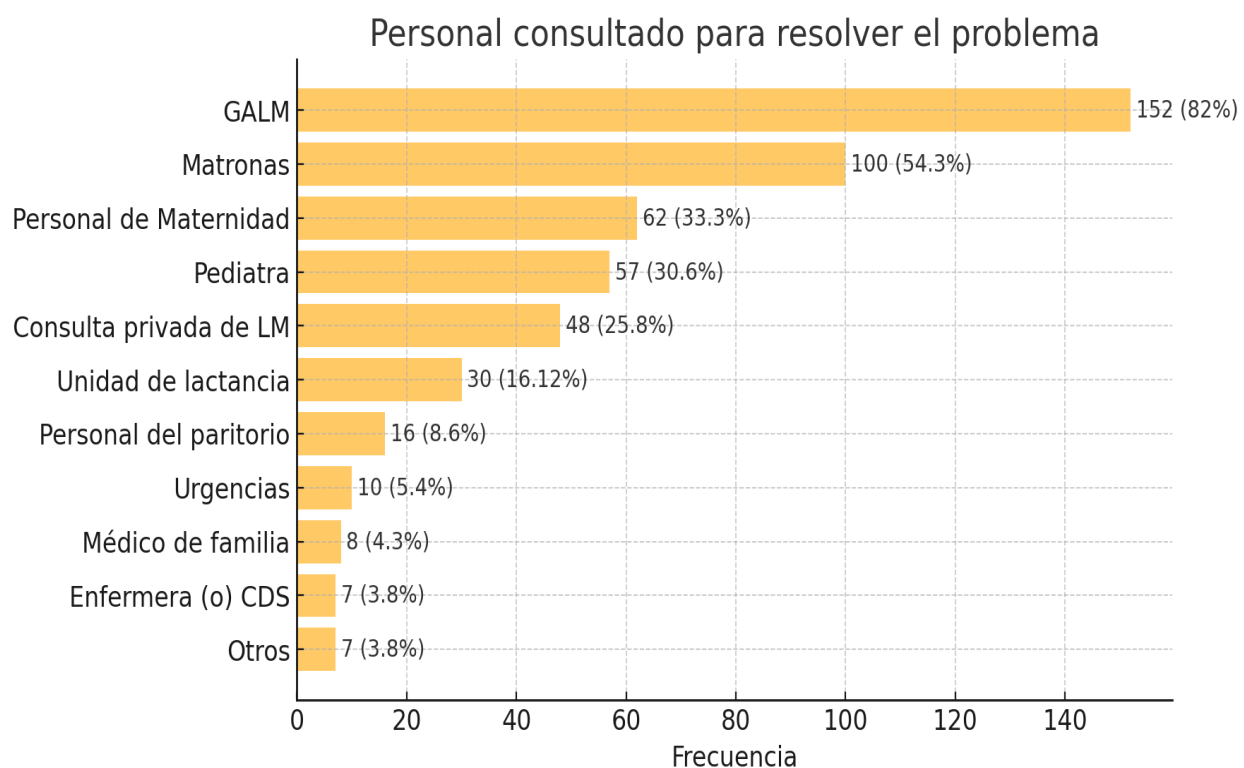


Figura 10. Personal consultado por las madres para aclarar dudas o resolver el problema con la LM (expresado en %).

En relación al número de veces que las madres consultaron al grupo de apoyo o servicio de apoyo a la LM; el 51% (n=94) lo hizo cuatro veces o más, el 13% (n=24) tres veces, el 16% (n=29) dos veces; el 16% (n=29) una vez y el 4% (n=9) no consultó nunca. En cuanto al número de consultas con el personal profesional sanitario tales como el pediatra, enfermera pediátrica, matrona o asesor(a) de lactancia, el 41% (n=75) consultó cuatro veces o más, el 14% (n=24) tres veces, el 21% (n=39) dos veces, el 22% (n=41) una vez y el 2% (n=5) no lo hizo nunca.

(E) Variable: Sostenimiento de la LM (tipo de lactancia, duración y continuidad).

En el momento de la aplicación de la encuesta, el 86% (n=158) de las madres reportaron haber proporcionado LME o LM predominante a sus bebés hasta los 6 meses de edad. Solo el 14% (n=27) ya habían introducido alimentación complementaria, que incluía leche materna junto con papillas y otros líquidos, como fórmulas para alimentación infantil, como se muestra en la figura 11.

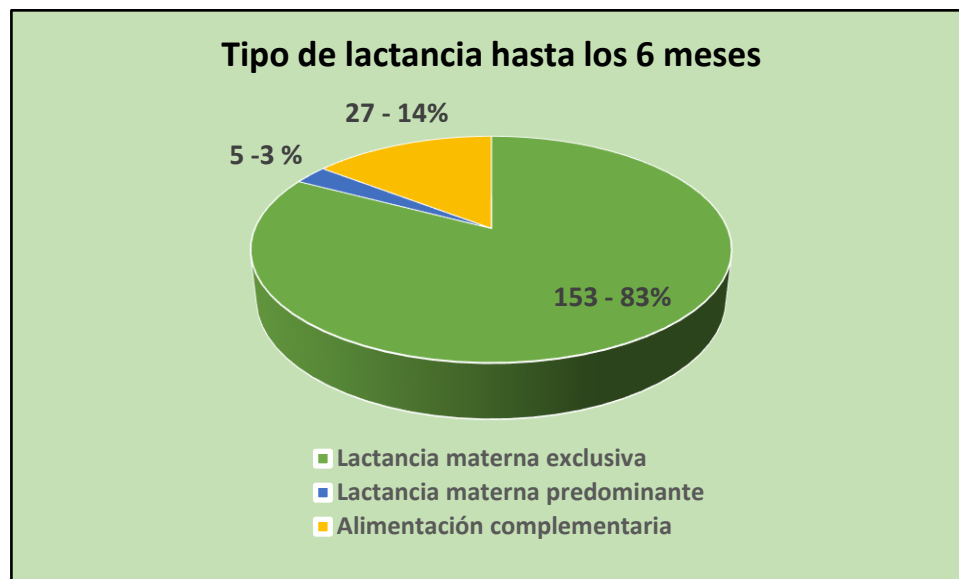


Figura 11. Tipo de lactancia hasta los 6 meses.

En cuanto a la duración de la LM, se encontró que el tiempo medio de suministro de LM fue de 8 meses con una desviación estándar de 4,5. En relación con la continuidad de la LM, para el momento de la aplicación de cuestionario, el 93 % (n=172) de las madres encuestadas, continuaban suministrando LM a los lactantes y el 7 % (n=13) ya no lo hacían.

5.2.2. Análisis estadístico de relación entre variables.

La relación entre múltiples variables permite identificar aquellas que influyen de manera significativa en los aspectos centrales del estudio. Para ello, las variables se han organizado en las siguientes categorías:

(A) Variables sociodemográficas.

En cuanto a la asociación entre las variables sociodemográficas, a continuación, se presentan los resultados estadísticamente significativos encontrados.

Nivel de estudios en relación con el número de hijos: existe una asociación significativa entre la cantidad de hijos e hijas y el nivel educativo de las encuestadas ya que el valor p de la prueba de Chi-cuadrado (X^2) es de 24,115 y el valor de p es menor que 0,001; como se muestra en la Tabla 6.

Nivel de estudio y nacionalidad: se observó una asociación significativa entre el nivel de estudios y la nacionalidad de las encuestadas ($X^2 = 95,855$, $p < 0,001$). El 78,92% tenía educación universitaria, con predominancia de españolas (71,89%), seguidas de italianas (2,16%), alemanas (1,08%) y colombianas (1,08%). Otras nacionalidades, como checa, china, ucraniana, uruguay y venezolana, representaron el 0,54% cada una, sumando un total de 2,70%. El 15,67% tenía formación profesional, con mayor representación española (14,04%) y una participante colombiana, ecuatoriana y francesa

(0,54% cada una). Además, el 3,78% había finalizado bachillerato y el 1,62% cursó educación primaria (Tabla 7).

Variables sociodemográficas y tipo de lactancia: en cuanto a la asociación entre variables sociodemográficas y el tipo de lactancia hasta los seis meses de edad, solo resultó estadísticamente significativa la situación laboral de la pareja con un valor de X^2 de 9,814 y un valor de $p = 0,044$ (Tabla 8).

Variables sociodemográficas y duración de la LM: en la relación entre las variables sociodemográficas y la duración en tiempo de la LM, expresada en meses, se observó que hay una diferencia estadísticamente significativa entre la situación laboral de la madre y de la pareja y el número de meses de LM. Así mismo se observa un efecto entre la edad del hijo y el tiempo de duración de la LM. En la Tabla 9 se exponen los resultados del ANOVA. En esta se presentan las variables analizadas en esta parte del estudio, junto con las estadísticas asociadas a cada una (estadística F y valor p).

Variables sociodemográficas y continuidad de la LM: en la asociación entre las variables sociodemográficas y la continuidad de la LM se destaca que no hubo ninguna significación estadística entre estas variables.

Tabla 6. Asociación entre nivel de estudios y número de hijos.

Nivel de estudios		Número de hijos			Total n (%)
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	
Educación primaria	Frecuencia	2	0	1	3
	% dentro de la fila	(66,667)	(0,000)	(33,333)	(100,000)
	% dentro de la columna	(1,333)	(0,000)	(33,333)	(1,622)
Bachillerato	Frecuencia	6	1	0	7
	% dentro de la fila	(85,714)	(14,286)	(0,000)	(100,000)
	% dentro de la columna	(4,000)	(3,125)	(0,000)	(3,784)
Formación Profesional	Frecuencia	20	9	0	29
	% dentro de la fila	(68,966)	(31,034)	(0,000)	(100,000)
	% dentro de la columna	(13,333)	(28,125)	(0,000)	(15,676)
Estudios universitarios	Frecuencia	122	22	2	146
	% dentro de la fila	(83,562)	(15,068)	(1,370)	(100,000)
	% dentro de la columna	(81,333)	(68,750)	(66,667)	(78,919)
Total	Frecuencia	150	32	3	185
	% dentro de la fila	(81,081)	(17,297)	(1,622)	(100,000)
	% dentro de la columna	(100,000)	(100,000)	(100,000)	(100,000)
Test de Chi cuadrado: X^2 24,115 $p < 0,001$					

n= número de madres; (%) = porcentaje

Tabla 7. Asociación entre la nacionalidad y el nivel de estudios

Nacionalidad	Nivel de estudios				Total n (%)
	Educación Primaria n (%)	Bachillerato n (%)	Formación Profesional n (%)	Estudios Universitarios (%)	
Alemana	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,081)	2 (1,082)
Argentina	0 (0,0)	1 (0,541)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)
Boliviana	0 (0,0)	1 (0,541)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)
Checa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)	1 (0,541)
China	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)	1 (0,541)
Colombiana	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)	2 (1,081)	3 (1,623)
Ecuatoriana	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)	0 (0,0)	1 (0,541)
Española	3 (1,623)	3 (1,623)	26 (14,045)	133 (71,891)	165 (89,182)
Francesa	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)	0 (0,0)	1 (0,541)
Hondureña	0 (0,0)	1 (0,541)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)
Italiana	0 (0,0)	1 (0,541)	0 (0,0)	4 (2,164)	5 (2,705)
Ucrania	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)	1 (0,541)
Uruguay	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)	1 (0,541)
Venezolana	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,541)	1 (0,541)
Total	3 (1,623)	7 (3,787)	29 (15,668)	146 (78,924)	185 (100)
Test de Chi cuadrado: X^2 95,855 $p < 0.001$					

n= número de madres; (%) = porcentaje

Tabla 8. Asociación entre la situación laboral de la pareja y tipo de lactancia hasta los 6 meses.

Situación laboral de la pareja					
Tipo de lactancia hasta los 6 meses		De baja laboral n (%)	No está trabajando en este momento n (%)	Trabajando n (%)	Total n (%)
LME (únicamente leche materna)	Frecuencia	12	10	131	153
	% dentro de la fila	(7,843)	(6,536)	(85,621)	(100,000)
	% dentro de la columna	(80,000)	(71,429)	(83,974)	(82,703)
LM predominante (leche materna con infusiones, agua, zumos, líquidos...)	Frecuencia	2	1	2	5
	% dentro de la fila	(40,000)	(20,000)	(40,000)	(100,000)
	% dentro de la columna	(13,333)	(7,143)	(1,282)	(2,703)
Alimentación complementaria (leche materna con alimentos sólidos como papillas y/o líquidos como leche artificial)	Frecuencia	1	3	23	27
	% dentro de la fila	(3,704)	(11,111)	(85,185)	(100,000)
	% dentro de la columna	(6,667)	(21,429)	(14,744)	(14,595)
Total	Frecuencia	15	14	156	185
	% en fila	(8,108)	(7,568)	(84,324)	(100,000)
	% dentro de la columna	(100,000)	(100,000)	(100,000)	(100,000)
Test de Chi cuadrado: X^2 9,814 p = 0,044					

LME: lactancia materna exclusiva; LM: lactancia materna; n= número de madres; (%) = porcentaje.

Tabla 9. Relación entre las variables sociodemográficas y la duración de la LM

Variable	Estadístico F	Valor de p
Situación laboral de la madre y duración de la LM	16,676	<0,001
Situación laboral de la pareja y duración de la LM	6,909	0,001
Edad del hijo en el momento de la aplicación del cuestionario y duración de la LM	16,009	<0,001

LM: lactancia materna.

(B) Variables del apoyo familiar y comunitario y el sostenimiento de la LM.

A continuación, se exponen las relaciones estadísticamente significativas encontradas entre las variables del apoyo familiar y comunitario y el sostenimiento de la LM en sus tres aspectos (tipo de lactancia, duración y continuidad).

Variables del apoyo familiar y comunitario y tipo de lactancia: en relación con las variables del sistema familiar y comunitario y su asociación con el tipo de lactancia sólo se encontró significación estadística entre la consulta de la madre al médico de familia y el tipo de lactancia sostenido por la madre hasta los 6 meses. Véase a continuación la tabla 10.

Tabla 10. Asociación entre el tipo de lactancia y consulta con el médico de familia.

Tipo de lactancia	Consulta Médico de Familia		Total n (%)
	No n (%)	Sí n (%)	
LME	150 (81,1)	3 (1,6)	153 (82,7)
LM predominante	4 (2,2)	1 (0,5)	5 (2,7)
Alimentación complementaria	23 (12,4)	4 (2,2)	27 (14,6)
Total	177 (95,7)	8 (4,3)	185 (100)
Test de Chi cuadrado: X^2 12,217 p 0,002			

LME: lactancia materna exclusiva; LM: lactancia materna; n= número de madres; (%) = porcentaje

Variables del apoyo familiar y comunitario y duración de la LM: en relación con el apoyo brindado por los factores del sistema familiar y comunitario y su relación con respecto a la duración de la LM (tiempo de lactancia en meses), los resultados mostraron que solo el personal sanitario en general y los GALM presentaron evidencia estadísticamente significativa. El personal sanitario en general, mostró un valor de $p = 0,033$ y el GALM (consulta) un valor de $p = 0,050$.

Se presentan en la Tabla 11, los resultados estadísticos obtenidos del ANOVA:

Tabla 11. Efecto de variables relacionadas con el apoyo familiar y comunitario con respecto a la duración de LM.

Variables	Estadística F	Valor p
Sanitarios	4,640	0,033
GALM (consulta)	3,910	0,050

GALM: grupo de apoyo a la lactancia materna

Por otro lado, al realizar el análisis de relación entre variables, por pares en el ANOVA, se obtuvo significación estadística entre algunas variables las cuales se exponen a continuación:

Pareja / GALM (consulta) y duración de la LM: la variable GALM (Consulta) muestra una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p de 0,005 mientras que la pareja, con un valor de 0,986 no lo muestra; sin embargo, la interacción entre GALM (Consulta) y la pareja es estadísticamente significativa en su relación con la duración de la LM, con un valor p de 0,048.

Pareja / GALM (apoyo) y duración de la LM: cuando se relacionan la variable GALM (apoyo) con la variable duración de la LM, no se encuentra significación estadística del GALM, con un valor de p de 0,128. De manera similar, la variable pareja tampoco muestra significación estadística, con un valor de p de 0,785. No obstante, la interacción entre el GALM (apoyo) y la pareja resulta estadísticamente significativa al asociarla con la duración de la LM, con un valor de p de 0,048.

GALM (apoyo) / matrona del CDS y duración de la LM: la variable GALM (apoyo) en la relación individual con la duración de la LM, no muestra significación estadística con un valor de p de 0,731, la variable consulta a la matrona del CDS sí muestra significación estadística con un valor de p 0,007; y la relación GALM (apoyo) y matrona del CDS también es significativa con un p de 0,012.

GALM (consulta) / mujeres en el entorno que estén dando pecho y duración de la

LM: el GALM (Consulta) muestran significación estadística de manera individual con valores de p de 0,008 y la variable de mujeres en el entorno amantando no, por cuanto el valor de p es de 0,063, sin embargo, el resultado de la interacción de ambas con la duración de la LM, resulta estadísticamente significativa con un valor de p de 0,032. Tal como se expone en la tabla 12.

Tabla 12. Relación de las variables del sistema familiar y comunitario, por pares, en cuanto a la duración de la LM.

Variables	Estadística F	Valor p
Pareja	$3,177 \times 10^{-4}$	0,986
GALM (consulta)	8,272	0,005
Pareja y GALM (consulta)	3,956	0,048
Pareja	0,075	0,785
GALM (apoyo)	2,340	0,128
Pareja y GALM (apoyo)	3,964	0,048
GALM (apoyo)	0,119	0,731
Matrona del CDS	7,431	0,007
GALM (apoyo) y Matrona del CDS	6,376	0,012
GALM (consulta)	7,239	0,008
Mujeres en el entorno dando el pecho	3,494	0,063
GALM (consulta) y Mujeres en el entorno dando el pecho	4,668	0,032

GALM: grupo de apoyo a la lactancia materna; CDS: Centro de salud

Madre de la mujer lactante, consulta a la matrona del CDS y duración de la LM: en la Tabla 13, que se presenta a continuación, se refleja la relación entre el par apoyo

brindado por la madre de la mujer lactante y la consulta a la matrona del CDS con la duración de la LM. Los resultados muestran que el apoyo proporcionado por la madre de la mujer lactante no tiene una significación estadística ($p = 0,98$), mientras que la consulta a la matrona del CDS presenta una relación estadísticamente significativa con la duración de la LM ($p = 0,012$). Al combinar ambas variables y relacionarlas con la duración en meses de la LM, el resultado también fue estadísticamente significativo ($p = 0,020$), lo que sugiere que la interacción entre estas dos variables influye de manera importante en el sostenimiento de la LM.

Tabla 13. Relación entre variables madre de la mujer lactante y la matrona del CDS con la duración de la LM.

Variables	Estadístico F	Valor p
Matrona del CDS	6,466	0,012
Madre de la mujer lactante	$3,815 \times 10^{-4}$	0,984
Madre de la mujer lactante y matrona del CDS	5,473	0,020

CDS: Centro de salud

Consulta a la matrona del CDS, consulta al profesional en maternidad y duración de la LM: a continuación, se presentan los resultados del análisis de la relación entre el par de la consulta con la matrona del CDS, la consulta con el profesional de maternidad y la duración de la LM, tanto de manera individual como en la interacción entre ambas variables con el sostenimiento de la LM.

Los datos revelan que no existe una relación estadísticamente significativa entre la consulta con la matrona y la duración de la LM ($p = 0,389$), ni entre la consulta con el personal de maternidad y la duración de la LM ($p = 0,983$) cuando se consideran por

separado. No obstante, al analizar la interacción entre ambas variables, se observa una relación estadísticamente significativa con la duración de la LM ($p = 0,037$).

Tabla 14. Relación entre las variables matrona del CDS y la consulta al profesional en maternidad con la duración de la LM

Variables	Estadístico F	Valor p
Matrona del CDS	0,745	0,389
Profesional en maternidad	$4,559 \times 10^{-4}$	0,983
Matrona del CDS / profesional en maternidad	4,419	0,037

CDS: Centro de salud.

Variables de apoyo familiar y comunitario y continuidad de la lactancia: en cuanto a la continuidad de la LM, y su relación con el apoyo percibido por la madre por parte del entorno familiar y comunitario, expondremos a continuación los resultados estadísticamente significativos:

Apoyo de la pareja y continuidad de la LM: existe una asociación significativa entre el apoyo de la pareja a la madre lactando y la continuidad de la LM. Los resultados se exponen en la tabla 15, donde también se expresa el resultado del test estadístico Chi cuadrado el cual fue de $X^2 = 4,205$ y el valor de $p = 0,040$.

Consulta al médico de familia y continuidad de la LM: hay una asociación estadísticamente significativa entre si la madre ha consultado a el médico de familia y si esta lo continúa amamantando a su hijo ($X^2 = 4,134$ y un valor de $p = 0,042$). Los resultados se exponen en la tabla 16.

Tabla 15. Asociación entre la variable apoyo de la pareja y continuidad de la LM.

Apoyo de la Pareja				
Continuidad de la LM		No n (%)	Si n (%)	Total n (%)
No	Frecuencia	3	10	13
	%dentro de fila	23,077	76,923	100,000
	%dentro de columna	20,000	5,882	7,027
	%del total	1,622	5,405	7,027
Sí	Frecuencia	12	160	172
	%dentro de fila	6,977	93,023	100,000
	%dentro de columna	80,000	94,118	92,973
	%del total	6,486	86,486	92,973
Total	Frecuencia	15	170	185
	% dentro de fila	8,108	91,892	100,000
	%dentro de columna	100,000	100,000	100,000
	% del total	8,108	91,892	100,000
Test de Chi cuadrado: X^2 4,205 p = 0,040				

n= número de madres; (%) = porcentaje.

Tabla 16. Asociación entre la variable consulta médico de familia y continuidad LM

Consulta al Médico de Familia				
Continuidad de la LM		No n (%)	Si n (%)	Total n (%)
No	Frecuencia	11	2	13
	% dentro de fila	(84,615)	(15,385)	(100,000)
	% dentro de columna	(6,215)	(25,000)	(7,027)
	% del total	(5,946)	(1,081)	(7,027)
Sí	Frecuencia	166	6	172
	% dentro de fila	(96,512)	(3,488)	(100,000)
	% dentro de columna	(93,785)	(75,000)	(92,973)
	% del total	(89,730)	(3,243)	(92,973)
Total	Frecuencia	177	8	185
	% dentro de fila	(95,676)	(4,324)	(100,000)
	% dentro de columna	(100,000)	(100,000)	(100,000)
	% del total	(95,676)	(4,324)	(100,000)
Test de Chi cuadrado: X^2 4,134 p = 0,042				

LME: lactancia materna exclusiva; LM: lactancia materna; n= número de madres; (%) = porcentaje

(C) Variable satisfacción y sostenimiento de la LM.

La satisfacción fue evaluada mediante una escala Likert, cuyos resultados se detallarán en el OE 3 de esta investigación. A continuación, se presenta la relación entre una de las afirmaciones sobre satisfacción y el sostenimiento de la lactancia (tipo de lactancia hasta los 6 meses, duración y continuidad). La afirmación evaluada fue: "Me siento satisfecha tras contar con el profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que he acudido". En relación con el tipo de lactancia, la prueba de Chi cuadrado (χ^2) mostró un valor de $p = 0,001$; lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre satisfacción y tipo de lactancia predominante hasta los 6 meses.

Tabla 17. Relación entre el nivel de satisfacción y el tipo de lactancia sostenido hasta los 6 meses.

Nivel de Satisfacción						
Tipo de lactancia llevado a cabo hasta los 6 meses	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Total n (%)
LME (únicamente leche materna)	1 (0,54)	3 (1,62)	8 (4,32)	28 (15,14)	113 (61,08)	153 (82,70)
LM predominante (leche materna con infusiones, agua, zumos, líquidos...)	1 (0,54)	1 (0,54)	1 (0,54)	2 (1,08)	0 (0,0)	5 (2,70)
Alimentación complementaria (leche materna con alimentos sólidos como papillas y/o líquidos como leche artificial)	3 (1,62)	3 (1,62)	1 (0,54)	9 (4,86)	11 (5,95)	27 (14,59)
Total	5 (2,70)	7 (3,78)	10 (5,40)	39 (21,08)	124 (67,03)	185 (100)
Test de Chi cuadrado: X^2 26,281 $p < 0,01$						

LME: lactancia materna exclusiva; LM: lactancia materna; n= número de madres; (%) = porcentaje

Variable Satisfacción y tiempo de duración de la LM: se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) que produjo un valor de p de 0,046 es decir una relación de significación estadística entre sentirse apoyada y la duración de lactancia en meses.

Tabla 18. Relación entre el nivel de satisfacción y el tiempo de duración de la LM

Variable	Estadístico F	Valor p
Nivel de Satisfacción	2,474	0,046

Variable Satisfacción y continuidad de la LM: en el caso de la variable relacionada con la continuidad, se realizó una prueba de Chi cuadrado (X^2) que arrojó un valor de p de 0,01; lo cual indica una asociación estadísticamente significativa entre satisfacción y continuidad de la LM.

Tabla 19. Relación entre el nivel de satisfacción y la continuidad de la LM

Continuidad de la LM	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Total n (%)
No	4 (2,16)	2 (1,08)	0 (0,00)	3 (1,62)	4 (2,16)	13 (7,03)
Sí	1 (0,54)	5 (2,70)	10 (5,41)	36 (19,46)	120 (64,86)	172 (92,97)
Total	5 (2,70)	7 (3,78)	10 (5,41)	39 (21,08)	124 (67,03)	185 (100)
Test de Chi cuadrado: X^2 49,251 p < 0,01						

n= número de madres; (%) = porcentaje

5.3. Satisfacción de las madres con las intervenciones virtuales del GALM durante la pandemia.

La evaluación de la satisfacción de las madres con las intervenciones virtuales de un GALM en el sostenimiento de la LM, durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19, es clave para entender cómo el apoyo en línea ha facilitado la continuidad de esta práctica natural de alimentación infantil. A continuación, se presentan los resultados obtenidos en relación a este aspecto.

5.3.1. Análisis descriptivo.

El análisis descriptivo del comportamiento de las variables sociodemográficas en la muestra seleccionada para el OE3, se presenta con las frecuencias y porcentajes de respuestas a las afirmaciones de la pregunta de satisfacción. Este análisis se basa en una muestra de 176 madres encuestadas.

(A) Variables sociodemográficas.

En lo que respecta a la edad de la madre: el 55,68% de estas (n=98) se encontraron entre los 36 a 45 años, el 43,18 % (n= 76) en el grupo de 26 a 35 años y el 1,14 % (n=2) tenían más de 45 años de edad y no había madres menores de 25 años,

En cuanto a la nacionalidad, el 89,77% (n=158) fueron españolas y 10,23 % extranjeras. De estas últimas; el 2,27% (n=4) eran italianas; 1,13% (n=2) alemanas; 1,13% (n=2) colombianas y el resto de nacionalidades tales como argentina, boliviana, checa, china, ecuatoriana, francesa, hondureña, ucraniana, uruguaya y venezolana contaban con una representante para cada nacionalidad; 0,57% lo cual representa un total de 5,7%.

En referencia a el nivel de estudios de la muestra estudiada en general el 78,4% (n=138) contaban con estudios universitarios y el 15,9% (n=28) refirieron haber recibido formación profesional, el 4% (n=7) tenían bachillerato aprobado y el 1,7% (n=3) habían terminado la educación primaria. Con respecto a la situación laboral, el 52,28 % (n=92) de las encuestadas informó que estaba trabajando. El 25% (n=44) se encontraban de baja laboral y el 22,72 % (n= 44) no se encontraba trabajando en ese momento. En cuanto a la situación laboral de las parejas de las madres encuestadas, el 83,52% (n=147) se encontraban trabajando, de baja laboral el 7,95% (n=14) y no estaba trabajando el 8,53% (n=15). En relación con el número de hijos el 81,25 % (n=143) de las madres reportó tener uno; el 17,05% (n=30) dos y el 1,7 % (n=3) tres. Las edades de los lactantes se encontraban en los siguientes rangos: el 33,52% (n= 59) en el rango de 3 a 6 meses, de 7 a 11 meses, el 34,09 % (n=60). El 23,86% (n=42) tenía entre 12 y 18 meses, el 8,53% (N=15) se encontraba en el intervalo de 1 a 2 meses.

(B) Nivel de satisfacción para cada afirmación expresados según la frecuencia y el porcentaje de respuestas a la pregunta tipo Likert.

Las respuestas a las afirmaciones de la escala tipo Likert mostraron una clara tendencia hacia un elevado nivel de satisfacción, con los valores más altos concentrados en las categorías "De acuerdo" y "Totalmente de acuerdo", mientras que las opciones "Desacuerdo" y "Totalmente en desacuerdo" obtuvieron porcentajes muy bajos. (Tabla 20)

(C) Nivel de satisfacción percibida por las madres con la atención del GALM, según la puntuación de respuesta a la pregunta tipo Likert.

Se evaluó la satisfacción de las madres con la atención del GALM durante la pandemia, utilizando los resultados de nueve afirmaciones de tipo Likert, que oscilaron entre 1 y 5. Las puntuaciones totales fueron de 9 a 45 puntos, clasificando a las encuestadas en cuatro grados de satisfacción (ver tabla 21). El 95,46% (n=168) de las madres se declaró muy satisfecha o satisfecha, mientras que el 4,54% (n=8) se mostró insatisfecha o muy insatisfecha.

Tabla 20. Resultados expresados en frecuencias y porcentajes, de las respuestas a las afirmaciones relacionadas con la satisfacción, según la escala Likert.

Afirmaciones / Escala Likert	Totalmente en desacuerdo n (%)	Desacuerdo n (%)	Neutral n (%)	De acuerdo n (%)	Totalmente de acuerdo n (%)	TOTAL n (%)
Me ha ayudado a resolver mis problemas con la LM	5 (2,841)	7 (3,977)	20 (11,364)	49 (27,841)	95 (53,977)	176 100
Me siento apoyada y escuchada	4 (2,273)	5 (2,841)	10 (5,682)	36 (20,455)	121 (68,750)	176 100
Me ha(n) ayudado a continuar lactando	3 (1,705)	6 (3,409)	9 (5,114)	32 (18,182)	126 (71,591)	176 100
Me siento satisfecha	4 (2,273)	6 (3,409)	8 (4,545)	37 (21,023)	121 (68,750)	176 100
Me parece necesario el servicio de apoyo	1 (0,568)	4 (2,273)	5 (2,841)	17 (9,659)	149 (84,659)	176 100
Lo recomendaría a cualquier amigo/a o familiar	2 (1,136)	3 (1,705)	5 (2,841)	18 (10,227)	148 (84,091)	176 100
Me gustaría disponer de más servicios de apoyo	2 (1,136)	1 (0,568)	13 (7,386)	17 (9,659)	143 (81,250)	176 100
El tiempo empleado me pareció suficiente	5 (2,841)	9 (5,114)	23 (13,068)	66 (37,500)	73 (41,477)	176 100
Me favoreció la solución al problema o decisión de continuar con la LM en un tiempo mayor al estimado	4 (2,273)	7 (3,977)	13 (7,386)	37 (21,023)	115 (65,341)	176 100

LM: lactancia materna; n= número de madres; (%) = porcentaje

Tabla 21. Nivel de satisfacción percibida por las madres con la atención facilitada por parte del GALM.

Satisfacción	Puntuación	n	%
Muy insatisfecha	de 9 a 17	2	1,14
Insatisfecha	de 18 a 26	6	3,40
Satisfecha	de 27 a 35	14	7,96
Muy satisfecha	de 36 a 45	154	87,50
Total		176	100

n = número de madres % = porcentaje

(D) Medidas de tendencia central y de dispersión de la puntuación de satisfacción.

La tabla a continuación muestra un resumen de las medidas descriptivas, basado en la puntuación de satisfacción. El análisis descriptivo de las puntuaciones de satisfacción, muestra que la media fue de 40,54; con una mediana de 42, lo que indica que la mayoría de los participantes alcanzaron altos niveles de satisfacción. La moda fue 45, el puntaje más frecuente; lo que sugiere que un gran número de madres alcanzaron el nivel máximo de satisfacción. Los puntajes variaron entre 13 (mínimo) y 45 (máximo), con una desviación estándar de 5,85; lo que refleja una dispersión moderada de los datos en torno a la media. Estos resultados indican una tendencia general hacia niveles altos de satisfacción en la muestra evaluada.

Tabla 22. Resumen de la estadística descriptiva de los puntajes de satisfacción.

Medidas descriptivas	Puntuación de satisfacción
Validos	176
Moda	45
Mediana	42
Media	40,54
Desviación Estándar	5,85
Mínimo	13
Máximo	45

(E) Medidas descriptivas de Satisfacción percibida para cada afirmación de la escala Likert.

A continuación, se presentan los valores de las medias, desviaciones estándar, valores mínimos y valores máximos de las respuestas proporcionadas por las madres a las afirmaciones de la escala Likert. Inicialmente, se presentan los resultados de las tres afirmaciones relacionadas con la actitud y percepción de las madres sobre cómo actuaron en la búsqueda de ayuda frente al problema presentado. Para cada afirmación, al menos una madre eligió el valor mínimo de 1 y al menos una madre eligió el valor máximo de 5. En las dos primeras afirmaciones, las madres expresaron su desacuerdo, con ambas afirmaciones. En contraste, en la tercera afirmación, las madres reportaron estar de acuerdo (Tabla 23).

Seguidamente, se presentan los resultados de la media, desviación estándar, valor mínimo y máximo para las respuestas a las nueve afirmaciones de Satisfacción de la escala Likert reportadas por las madres encuestadas (Tabla 24).

Tabla 23. Medidas descriptivas para las afirmaciones de la escala Likert relacionadas con la actitud de las madres frente al problema.

Afirmaciones	Media	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
No he tenido problemas	2,006	1,777	1	5
No he sabido donde acudir	2,229	2,229	1	5
El tiempo de espera para consultar mi duda o problema me pareció razonable	4,182	1,059	1	5

Tabla 24. Medidas descriptivas para las afirmaciones de la escala Likert relacionadas con la percepción de satisfacción expresada por las madres encuestadas.

Afirmaciones	Media	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Me ha ayudado a resolver mis problemas con la LM	4,261	1,003	1	5
Me siento apoyada y escuchada	4,506	0,901	1	5
Me ha(n) ayudado a continuar lactando	4,545	0,874	1	5
Me siento satisfecha	4,506	0,907	1	5
Me parece necesario el servicio de apoyo	4,756	0,670	1	5
Lo recomendaría a cualquier amigo/a o familiar	4,744	0,699	1	5
Me gustaría disponer de más servicios de apoyo	4,693	0,731	1	5
El tiempo empleado me pareció suficiente	4,097	1,001	1	5
Me favoreció la solución al problema o decisión de continuar con la LM en un tiempo mayor al estimado	4,432	0,954	1	5

LM: lactancia materna; n= número de madres; (%) = porcentaje

La figura 12 muestra un gráfico de cajas (boxplot) que presenta la distribución de las respuestas para nueve afirmaciones relacionadas con la satisfacción percibida por las madres, en cuanto a la atención ofrecida por parte del GALM. En el gráfico, cada afirmación está numerada del 1 al 9 y se encuentra representada en el eje X, mientras que el eje Y indica los valores de la escala Likert, que varían de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). En la figura 13 se muestra un gráfico de barras que expresa cada una de las medias de las respuestas a las afirmaciones, ordenadas de mayor a menor, con su respectiva desviación estándar.

En el análisis de las puntuaciones medias correspondientes a las afirmaciones estudiadas, se encontró que las madres expresan un alto nivel de satisfacción con el servicio de apoyo a la lactancia. Las afirmaciones "Me parece necesario el servicio de apoyo" (media de 4,756) y "Lo recomendaría a cualquier amigo/a o familiar" (media de 4,744) destacan como las puntuaciones promedio más altas, sugiriendo una fuerte valoración positiva del servicio, en contraste con la afirmación "El tiempo empleado me pareció suficiente" que presentó la puntuación media más baja, con un valor de 4,097 y una desviación de 1,001; lo que sugiere una mayor dispersión en las opiniones de las madres encuestadas para esta última afirmación. Las afirmaciones "Me siento satisfecha" y "Me siento apoyada y escuchada" tienen una media de 4,506 con una desviación estándar de 0,907 y 0,901 respectivamente, indicando ciertas variaciones en la medida de dispersión. La afirmación "Me ha(n) ayudado a continuar lactando" tiene una alta media (4,545), lo cual sugiere que el apoyo recibido influye positivamente en la decisión de las madres de mantener la LM.

Los resultados reflejan una percepción mayormente positiva sobre los aspectos evaluados que expresan la satisfacción con la intervención por parte del GALM.

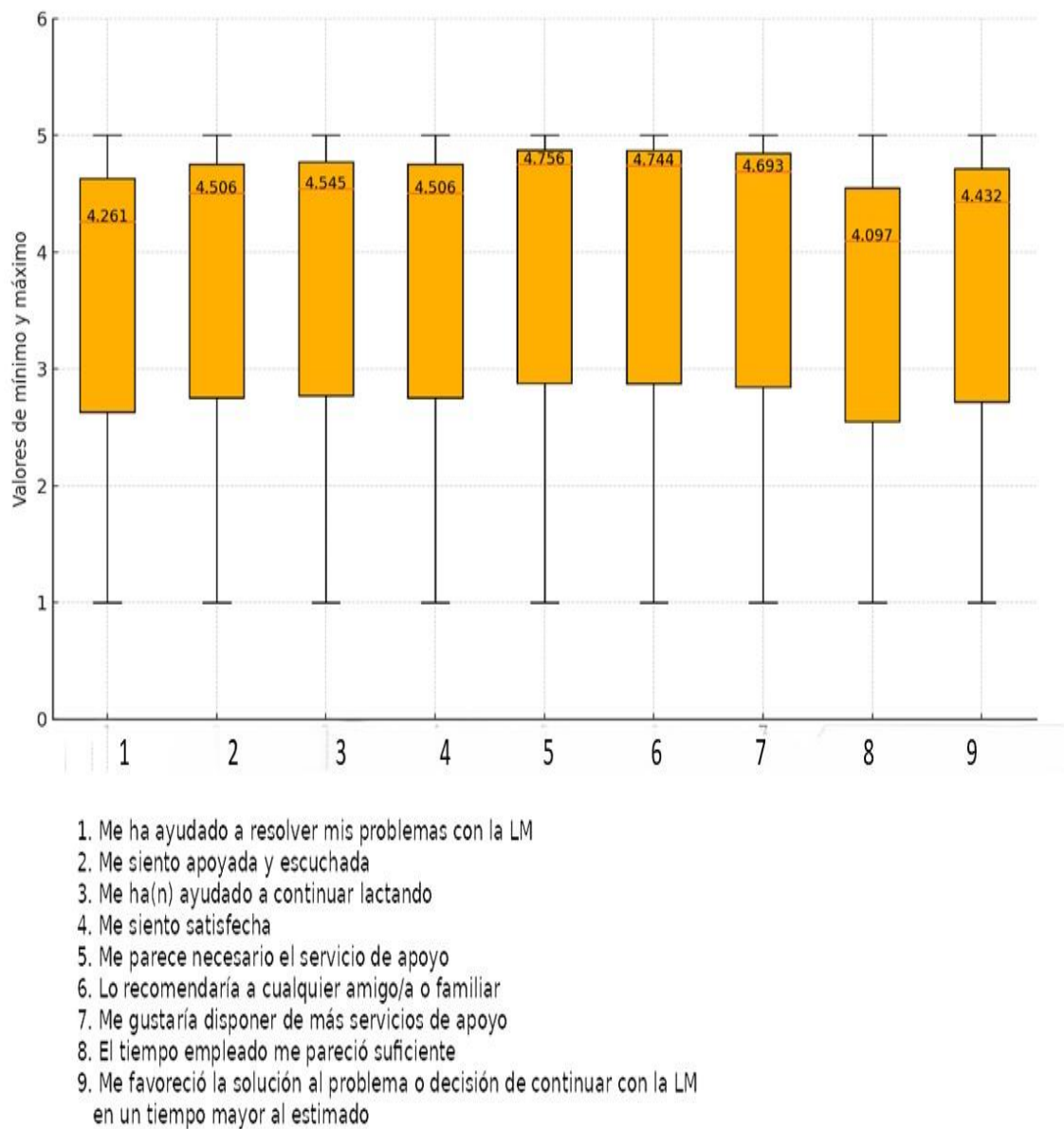


Figura 12. Distribución de respuestas para las nueve afirmaciones de la pregunta tipo Likert de satisfacción, (valores mínimos, máximo aproximados y puntaje de la media)

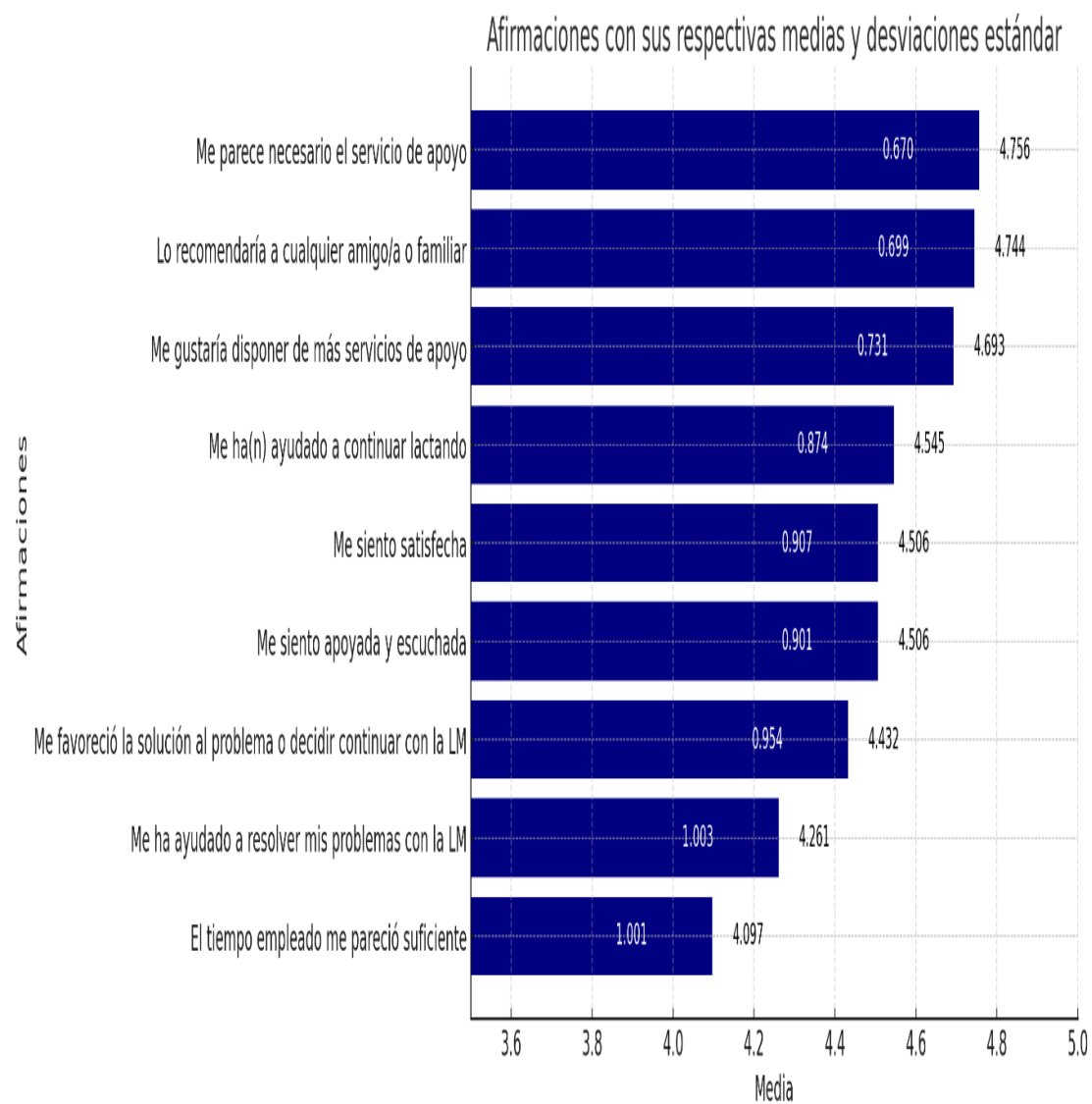


Figura 13. Medias de puntuación y de la desviación estándar, ordenadas de mayor a menor, en relación a las afirmaciones de satisfacción percibida por las madres.

5.3.2. Asociación entre Satisfacción y el sostenimiento de la LM.

Se presentan los resultados de la aplicación del Chi cuadrado y del ANOVA para estimar la asociación entre el nivel de satisfacción percibida por las madres con respecto a la intervención por parte del GALM, en la consulta online, y el sostenimiento de la LM; en función de sus tres componentes: tipo de lactancia, duración de la LM y continuidad de la LM. Estos resultados se toman como una evidencia de la evaluación de la satisfacción de las madres con el servicio de apoyo recibido, objeto de interés del OE3.

(A) Satisfacción y Tipo de lactancia.

Según los datos obtenidos mediante la aplicación de la prueba de Chi cuadrado para estimar la asociación entre la variable de Satisfacción expresada a través de las afirmaciones de la pregunta tipo Likert y el tipo de lactancia mantenido por las madres encuestadas hasta los seis meses de edad del lactante, se evidenció una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en 8 de las 9 afirmaciones. La única afirmación que no mostró significación estadística fue “Me gustaría disponer de más servicios de apoyo”.

Además, se observó que las madres que reportaron los mayores niveles de satisfacción también fueron aquellas que registraron las frecuencias más altas en relación con la LME hasta los primeros seis meses de vida del lactante, tal como se evidencia en la tabla 25, en esta, se detallan las frecuencias de respuestas para cada afirmación en la asociación con la puntuación de la escala Likert de satisfacción y los tres tipos de lactancia suministradas por la madre hasta los 6 meses. Adicionalmente, se exponen el valor del Chi cuadrado y de “p” para cada afirmación.

(B) Satisfacción y duración de la LM.

Los resultados de la aplicación del ANOVA para estimar la relación entre las afirmaciones de satisfacción percibida por las madres encuestadas y la duración en meses de la LM, revelan que en solo dos de las nueve afirmaciones las asociaciones resultaron estadísticamente significativas. En primer lugar, se encontró que el apoyo recibido por las madres de parte del GALM favoreció la resolución del problema o su decisión de continuar con la LM por más tiempo del estimado ($p = 0,003$). En segundo lugar, la percepción de que el tiempo empleado por la persona que atendió el problema era suficiente también mostró una relación estadísticamente significativa con la duración de la LM ($p = 0,010$). (Tabla 26)

(C) Satisfacción y continuidad de la LM.

Tal como se observó en la asociación entre la satisfacción y el componente tipo de lactancia, en el caso de la continuidad de la LM, ocho de las nueve afirmaciones muestran una asociación significativa, expresada con un valor de $p < 0,001$. Solo la afirmación: "Me gustaría disponer de más servicios o redes de apoyo a la lactancia", no mostró una significación estadística, valor de $p = 0,607$, esto indica que este factor no influye en la continuidad de la LM, en esta muestra estudiada. Estos resultados se exponen en la Tabla 27.

Tabla 25. Resultados de las respuestas (frecuencia y % en filas) de satisfacción para cada afirmación y el tipo de alimentación. Valor estadístico del Chi cuadrado y de p. (LME: lactancia materna exclusiva; LM: lactancia materna; n= número de madres; (%) = porcentaje)

Afirmaciones	Respuestas escala Likert						X ²	P
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Total n (%)		
Me han ayudado a resolver mis problemas con la LM							26,173	< 0,001
LME	3 (2,055)	2 (1,370)	14 (9,589)	41 (28,082)	86 (58,904)	146 (100)		
LM predominante	0 (0,0)	1 (20,000)	2 (40,000)	1 (20,000)	1 (20,000)	5 (100)		
Alimentación complementaria	2 (8,000)	4 (16,000)	4 (16,000)	7 (28,000)	8 (32,000)	25 (100)		
Total	5	7	20	49	95	176		
Me siento apoyada y escuchada							43,670	< 0,001
LME	0 (0,0)	4 (2,740)	5 (3,425)	31 (21,233)	10 (72,603)	14 (100)		
LM predominante	1 (20,000)	1 (20,000)	2 (40,000)	0 (0,0)	1 (20,000)	5 (100)		
Alimentación complementaria	3 (12,000)	0 (0,0)	3 (12,000)	5 (20,000)	14 (56,000)	25 (100)		
Total	4	5	10	36	121	176		
Me ha(n) ayudado a continuar lactando							42,485	< 0,001
LME	1 (0,685)	1 (0,685)	6 (4,110)	25 (17,123)	113 (77,397)	146 (100)		
LM predominante	0 (0,0)	2 (40,000)	0 (0,0)	1 (20,000)	2 (40,000)	5 (100)		
Alimentación complementaria	2 (8,000)	3 (12,000)	3 (12,000)	6 (24,000)	11 (44,000)	25 (100)		
Total	3	6	9	32	126	176		
Me siento satisfecha							32,044	< 0,001
LME	1 (0,685)	3 (2,055)	6 (4,110)	26 (17,808)	110 (75,342)	146 (100)		
LM predominante	1 (20,000)	1 (20,000)	1 (20,000)	2 (40,000)	0 (0,0)	5 (100)		
Alimentación complementaria	2 (8,000)	2 (8,000)	1 (4,000)	9 (36,000)	11 (44,000)	25 (100)		
Total	4	6	8	37	121	176		
Me parece necesario el servicio de apoyo								

LME	0 (0,0)	3 (2,055)	2 (1,370)	11 (7,534)	130 (89,041)	146 (100)	21,103	0,007
LM predominante	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,000)	1 (20,000)	3 (60,000)	5 (100)		
Alimentación complementaria	1 (4,000)	1 (4,000)	2 (8,000)	5 (20,000)	16 (64,000)	25 (100)		
Total	1	4	5	17	149	176		
Lo recomendaría a cualquier amigo/a o familiar								
LME	1 (0,685)	1 (0,685)	3 (2,055)	15 (10,274)	126 (86,301)	146 (100)	21,101	0,007
LM predominante	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,000)	2 (40,000)	2 (40,000)	5 (100)		
Alimentación complementaria	1 (4,000)	2 (8,000)	1 (4,000)	1 (4,000)	20 (80,000)	25 (100)		
Total	2	3	5	18	148	176		
Me gustaría disponer de más servicios de apoyo								
LME	2 (1,370)	0 (0,0)	9 (6,164)	15 (10,274)	120 (82,192)	146 (100)	9,257	0,321
LM predominante	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,000)	0 (0,0)	4 (80,000)	5 (100)		
Alimentación complementaria	0 (0,0)	1 (4,000)	3 (12,000)	2 (8,000)	19 (76,000)	25 (100)		
Total	2	1	13	17	133	176		
El tiempo empleado me pareció suficiente								
LME	2 (1,370)	7 (4,795)	14 (9,589)	56 (38,356)	67 (45,890)	146 (100)	24,338	0,002
LM predominante	1 (20,000)	1 (20,000)	2 (40,000)	1 (20,000)	0 (0,0)	5 (100)		
Alimentación complementaria	2 (8,000)	1 (4,000)	7 (28,000)	9 (36,000)	6 (24,000)	25 (100)		
Total	5	9	23	66	37	176		
Me favoreció la solución al problema o decisión de continuar la LM mayor tiempo del estimado								
LME	2 (1,370)	3 (2,055)	8 (5,479)	28 (19,178)	105 (71,918)	146 (100)	39,934	< 0,001
LM predominante	0 (0,0)	2 (40,000)	2 (40,000)	1 (20,000)	0 (0,0)	5 (100)		
Alimentación complementaria	2 (8,000)	2 (8,000)	3 (12,000)	8 (32,000)	10 (40,000)	25 (100)		
Total	4	7	13	37	115	176		

Tabla 26. Resultados estadísticamente significativos de la aplicación de la ANOVA sobre afirmaciones de satisfacción y duración de la LM.

Afirmación	F	p
Me favoreció la solución al problema o decisión de continuar con la LM en un tiempo mayor al estimado	4,166	0,003
El tiempo empleado me pareció suficiente	3,428	0,010

LM: lactancia materna, F: estadístico de Fisher. P: valor de p

Tabla 27. Resultados de la asociación entre las respuestas a las afirmaciones de satisfacción según escala Likert y la continuidad de la LM, expresada en frecuencia, porcentaje y valor de p.

Afirmaciones	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Total n (%)	p
Me han ayudado a resolver el problema con la LM	5 (2,8)	7 (4,0)	20 (11,4)	49 (27,8)	95 (54,0)	176 (100)	<0,001
Me siento apoyada y escuchada	4 (2,3)	5 (2,8)	10 (5,7)	36 (20,5)	121 (68,8)	176 (100)	<0,001
Me ha(n) ayudado a continuar lactando	3 (1,7)	6 (3,4)	9 (5,1)	32 (18,2)	126 (71,6)	176 (100)	<0,001
Me siento satisfecha	4 (2,3)	6 (3,4)	8 (4,5)	37 (21,0)	121 (68,8)	176 (100)	<0,001
Me parece necesario el servicio de apoyo	1 (0,6)	4 (2,3)	5 (2,8)	17 (9,6)	149 (84,7)	176 (100)	<0,001
Lo recomendaría a cualquier familiar o amiga(o)	2 (1,1)	3 (1,7)	5 (2,8)	18 (10,2)	148 (84,1)	176 (100)	<0,001
Me gustaría disponer de más servicios o grupos de apoyo	2 (1,1)	1 (0,6)	13 (7,4)	17 (9,6)	143 (81,3)	176 (100)	0,607
El tiempo empleado me pareció suficiente	5 (2,8)	9 (5,1)	23 (13,1)	66 (37,5)	73 (41,5)	176 (100)	<0,001
Me favoreció la solución y la decisión de continuar con la LM en un tiempo mayor al estimado	4 (2,3)	7 (4,0)	13 (7,4)	37 (21,0)	115 (65,3)	176 (100)	<0,001

LM: lactancia materna; n= número de madres; (%) = porcentaje

6. DISCUSIÓN.

La discusión de los resultados tiene como objetivo interpretar y contextualizar los hallazgos en relación con los objetivos de la investigación, analizando su relevancia dentro del campo de estudio y ofreciendo una visión crítica de los datos obtenidos. En este sentido, para responder al OE1, se realizó una revisión sistemática que permitió identificar 9 cuestionarios validados en español para la investigación en LM. Se describió el proceso de validación de cada cuestionario, siguiendo los criterios establecidos por Ramada (83) o Arribas (84), dependiendo de si se trataba de un proceso de traducción, adaptación cultural y validación (TACV) o de creación directa en español.

Para la consecución del OE2 se identificaron los factores familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM durante la pandemia de COVID-19.

El OE 3, abordó la satisfacción de las madres con las intervenciones virtuales ofrecidas por el GALM Amamanta, durante el confinamiento y las medidas de restricción social por COVID-19, el destacando su papel en el sostenimiento de la LM. El análisis de los resultados, así como su fundamentación en bases científicas de información, puede ser un gran aporte en la comprensión de las barreras y facilitadores en la promoción de la LM tanto en un contexto excepcional, como en la vida cotidiana.

6.1. Disponibilidad de cuestionarios validados en español para investigación en LM, que midan las actitudes, conocimientos y apoyo social a la LM.

Existen numerosas herramientas e instrumentos utilizados en la investigación, los cuales deben poseer confiabilidad y validez para garantizar su uso por otros investigadores.

Como mencionan Krug y Wensing (103), los cuestionarios validados deben cumplir ciertas características esenciales para ser efectivos en la investigación. Estos cuestionarios deben abordar temas relevantes del objeto de estudio y ser fáciles de realizar y analizar. Además, deben ser flexibles para aceptar cambios sin afectar los factores de interés y reflejar adecuadamente lo que se pretende medir. Es necesario que los datos obtenidos respondan directamente a la pregunta de investigación y que su interpretación sea sencilla. También es importante que el cuestionario esté disponible y accesible para su uso.

La fiabilidad del cuestionario es fundamental para asegurar que las mediciones sean consistentes y precisas. Para evaluar y garantizar esta fiabilidad, se utilizan diversos procedimientos, como el alfa de Cronbach, el Coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20), el test-retest y las formas paralelas, entre otros. Estos métodos permiten confirmar que los instrumentos de medición utilizados en la investigación son robustos y fiables, asegurando así la validez de los resultados obtenidos (104).

En este apartado de la investigación, se han identificado y evaluado nueve instrumentos cuyo objetivo era medir el conocimiento, el comportamiento, y el apoyo social relacionado con la LM.

En los cuestionarios BSES-SF (91), PBSES (94), IIFAS-S (96) y BBSC (101), se evaluaron actitudes, conocimientos, comportamientos e intenciones potenciales en la población objetivo, que consistía en mujeres durante el periodo prenatal y el postparto inmediato y tardío. Estos cuestionarios abordaron aspectos como la autoeficacia, la predisposición a suministrar LM al recién nacido, la elección de la alimentación complementaria y la predicción del abandono temprano de la LM en función de las condiciones ambientales.

Al permitir diagnosticar posibles abandonos tempranos, estos instrumentos desempeñan un papel de vital importancia como herramientas de diagnóstico presuntivo para identificar a madres que puedan tener la intención de interrumpir la LM debido a falta de autoeficacia, conocimiento sobre LM o creencias limitantes relacionadas con la LM. Esto permite a los profesionales de la salud establecer estrategias de intervención específicas para apoyar a estas madres, facilitando así la instauración y el sostenimiento de la LM (75).

El cuestionario QPBS-EMCA (89) evaluó creencias, actitudes, normas subjetivas e intenciones conductuales en profesionales de la salud primaria respecto a su predisposición para apoyar la LM. Este instrumento se utilizó especialmente en hospitales y centros de salud que buscan la acreditación para formar parte de la IHAN. Como herramienta diagnóstica, ofrece la posibilidad de detectar las deficiencias en el personal sanitario de manera tal que se pueda realizar una intervención de tipo formativa a los fines de alinear al recurso humano implicado, con los “objetivos de los 10 pasos de una lactancia exitosa”. Esto tal como lo ha expuesto en una revisión sistemática Pérez-Escamilla et al., (53) donde se incluyeron 58 artículos publicados, llevados a cabo en 19 países diferentes ubicados en América del Sur, América del Norte, Europa Occidental, Europa Oriental, Asia Meridional, Eurasia y África Subsahariana llegaron a la conclusión de que la adherencia a los diez pasos de la IHAN, tiene un impacto positivo en la práctica de la LM a corto, mediano y largo plazo. Y el apoyo comunitario (paso 10) parece ser esencial para mantener esos impactos de la estrategia IHAN en la LM a largo plazo.

ECoLA (88) y ECoLAE (90), se utilizaron para medir el conocimiento sobre aspectos de la LM en pediatras y enfermeras. En un estudio realizado por Fernández y Menéndez (52), han demostrado que la falta de conocimiento sobre la LM en estos

profesionales puede impactar negativamente en el sostenimiento de la LM por parte de la madre.

Debido a que las madres tienden a confiar en los profesionales de salud, es muy importante que estos profesionales posean un conocimiento sólido sobre las ventajas, beneficios, técnicas y aspectos teóricos de la LM para apoyar adecuadamente a estas y prolongar esta forma de alimentación infantil en el tiempo. Estos instrumentos permiten detectar las deficiencias en el conocimiento de pediatras y enfermeros (as) involucrados en la LM y la planificación de intervenciones formativas en centros de salud y universidades para aquellos que lo necesiten.

Para medir el apoyo social percibido por la madre lactante, al retornar a sus lugares de trabajo se revisó la WBSS, según una revisión sistemática realizada por Vilar-Compte et al., (105) sobre las intervenciones para mejorar los entornos laborales y facilitar la LM entre las mujeres trabajadoras llegaron a la conclusión que la falta de apoyo en el entorno laboral es una de las causas más frecuentes del cese de la LM, razón por la cual este instrumento de investigación toma cierta relevancia, a los fines de detectar puntos de mejora en los espacios laborales para madres lactantes.

El cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM, mide la satisfacción de las madres, en cuanto a la asistencia facilitada por los grupos y profesionales de apoyo a la LM.

Se sabe que el apoyo social por parte de otras madres que han pasado o pasan por el proceso de LM, fortalece el deseo de continuar con la práctica de la LM y la asesoría de estas madres expertas y de asesoras de lactancia, puede facilitar la resolución de ciertos problemas del inicio de la LM, en un tiempo oportuno que permita solventarlo y continuar en el tiempo con la práctica de la misma (106). Por lo tanto, cada

instrumento evalúa un conocimiento, actitud o comportamiento específico y va dirigido a una población específica según su implicación con el proceso de la LM.

Respecto al proceso de traducción, adaptación cultural y validación (TACV), 5 de los 9 instrumentos analizados BSES-SF (91), PSESe (94), IIFAS-S (96), WBSS (99) y BBSC (101), fueron adaptados por los autores al contexto del idioma español siguiendo los pasos de TACV estándar (83), se cumplieron con los parámetros metodológicos de validación exigidos y se realizó revisión de los conceptos y adaptación de los términos utilizados para realizar las preguntas de lo que se pretendía evaluar, sin que esto modificara el objetivo del instrumento, tal como se expresa en los artículos publicados para este proceso (83,84)(103).

En todos los instrumentos estudiados existió la presencia y asistencia de un grupo de expertos en el área, para la validación del contenido, y en el equipo de trabajo para la validez de constructo, el número de expertos varió entre 3 y 22 jueces, Según Urrutia et al., (107) el número de expertos debería variar entre 3 y 30 dependiendo del objetivo y de tipo de cuestionario a realizar.

En relación a la validez de constructo, se aplicó y reportó el análisis factorial para revisar la estructura interna del cuestionario, observándose una adecuada estructura en los cuestionarios, solo no se reportó análisis factorial en la WBSS.

La validez de predicción fue descrita en los artículos de investigación traducidos del inglés al español, adaptando cada método, según las características del instrumento usado para la población estudiada y éstos fueron evaluados inicialmente en estudios pilotos pre test o a través de entrevistas con las madres a estudiar.

Por último, la confiabilidad según el coeficiente alfa de Cronbach, osciló entre 0,92 y 0,71 (BSES-SF (91) y BBSC (101) = 0,92, PSES e (94) = 0,91, IIFAS (96) =0,79, WBSS (99) =0,71), observándose una adecuada confiabilidad de los mismos,

considerando que el valor mínimo generalmente aceptado para considerar un cuestionario como confiable es 0,70.

En el caso de los instrumentos creados en el idioma español, la construcción se realizó en función de la hipótesis o pregunta de dada la inexistencia de un patrón de referencia, estándar de oro o Gold estándar, (84) por lo que se decidió usar la hipótesis o preguntas de la investigación para la construcción y el contenido de las preguntas. La validación de contenido en estos tres cuestionarios, fue realizada por grupos de expertos en LM (22 jueces para ambas ECoLa y 11 jueces para el aplicado en la evaluación del impacto de redes de apoyo a la LM).

La validez de constructo fue detallada por los investigadores, en ambas ECola, tanto la de los pediatras como la de las enfermeras, así como en el instrumento para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM, en función del análisis factorial o de matrices. Los autores de estos instrumentos analizados reportaron una adecuada validez de contenido y de constructo. No se mencionó la validez predictiva en ninguno de los cuestionarios contruidos en este idioma.

Con respecto a la confiabilidad se sugieren como cuestionarios confiables por su alta consistencia interna, con un índice KR20 de 0,87 para la ECoLa (88) aplicada a los pediatras, un KR20 de 0,802 y un índice alfa de Cronbach para preguntas dicotómicas de 0,719 y para la totalidad de 0,866 para la EcoLaE (90). Así mismo en el caso del instrumento para evaluar el impacto de las redes de apoyo a la LM, en el cuestionario se ha obtenido una alta consistencia interna para sus cinco dimensiones, consiguiendo valores que oscilan de 0,632 a 0,942.

Las poblaciones estudiadas, fueron profesionales sanitarios como es el caso de los pediatras para la ECoLa (88) y la ECoLaE (90) las enfermeras generales, pediátricas y matronas, así como en la QPBS-EMCA, que se realizó con profesionales de la salud

primaria. En cuanto al cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM, la población diana fueron las madres que asistieron a los grupos de apoyo a la LM. El resto de las escalas, BBSC (101), BSES-SF (91), PSESe (94), IIFAS-S (96) y WBSS (99), ocupó para su aplicación a mujeres embarazadas, madres en post parto, madres en el inicio de la lactancia, padres o parejas de las madres (en caso de la IIFAS) (108) y mujeres que se reincorporan a la actividad laboral. (Tabla 3)

El número de ítems para todos los instrumentos analizados, varió entre 9 (IIFA-S) (96) y 35 (Cuestionario para medir las redes de apoyo a la LM) (76), un promedio de 22 ítems aproximadamente, entre todos los cuestionarios estudiados. Cuestionarios más largos suelen ocupar más tiempo en la complementación y pueden disminuir el interés del encuestado(a) (109).

En este estudio de revisión, encontramos que dos escalas fueron modificadas en cuanto al número de ítems respecto a su versión inicial. La BSES-SF (91), originalmente contenía 33 ítems y fue reducida a 14 ítems, mientras que la IIFAS-S (96), que tenía 17 ítems pasó a tener solo 9 en su versión corta. A pesar de esta reducción, ambas escalas mantuvieron su confiabilidad, lo cual puede atribuirse a los motivos previamente mencionados. En contraste, una encuesta más extensa de 35 ítems requería un promedio de 10 minutos para ser completada por las participantes, según reportaron los investigadores.

En cuanto al número de individuos para cada muestra estudiada, se observó una gran variabilidad, con tamaños que oscilan entre 45 y 1,354 participantes. Los investigadores utilizaron principalmente muestras de conveniencia, seleccionando a los individuos disponibles y que cumplieran con los criterios de inclusión. Es recomendable que las muestras no sean menores a 30 individuos, ya que muestras muy pequeñas no suelen ser representativas de la población. Por otro lado, las

muestras grandes tienden a ofrecer una mejor representación de la población estudiada y poseen un mayor poder estadístico (110).

En cuanto al aspecto de uso y utilidad, su confiabilidad y validez aumentan con cada estudio donde es usada la escala o cuestionario. Por ejemplo, en el caso de los instrumentos traducidos al idioma español como la BSES-SF (91), PBSES (94) y la IIFA-S (96), han sido validadas en diversas investigaciones a nivel internacional y traducidos en varios idiomas, incluyendo el español. Para la BSES (92) y la BSES-SF (91), la creadora de la escala BSES (92) y la BSES-SF (91) junto a su equipo de trabajo, Dennis et al., (111) ha publicado una revisión sistemática que abarcó 41 estudios, 5 que evaluaron la Psicometría de la BSES y 36 de la BSES-SF, en poblaciones demográficas y culturas diversas, esta escala también ha sido utilizada en estudios en español, aumentando así su fiabilidad y validez en este idioma (112-116).

Por su parte, la IIFAS ha sido utilizada en múltiples estudios en español y revisada en una revisión sistemática junto a otros cuestionarios de investigación, lo que subraya su utilidad y fiabilidad (117,118). El cuestionario para evaluar el impacto de las redes de apoyo a la lactancia se ha aplicado en un estudio multicéntrico (49), parte de la tesis doctoral de la autora del instrumento y ahora en este trabajo de investigación.

Estos cuestionarios, al ser ampliamente utilizados y validados, resultan más confiables para los investigadores en comparación con aquellos que aún no han sido probados. Sin embargo, es importante destacar que, si un cuestionario ya cuenta con validación científica, se elimina un paso crucial en el proceso de investigación, facilitando el trabajo del investigador.

La disponibilidad de los cuestionarios varía considerablemente. Algunos estudios incluyen el cuestionario completo en el artículo publicado, como es el caso del

instrumento para evaluar el impacto de las redes de apoyo a la LM y las EcoLa. En contraste, hay artículos que solo mencionan las preguntas en tablas de análisis factorial o de evaluación, sin proporcionar el cuestionario estructurado y listo para su aplicación en la población de estudio. Además, existen cuestionarios que requieren autorización interinstitucional o un pago en línea para su acceso, debido a derechos de autor y restricciones de uso exclusivo para quienes los adquieren.

Una de las principales limitaciones durante esta fase de la investigación fue la inaccesibilidad a ciertos artículos seleccionados. En algunos casos, los artículos completos no estaban disponibles en las bases de datos especializadas, y los intentos de contactar a los autores a través de correo electrónico no tuvieron éxito. Esta barrera significativa impidió que los investigadores accedieran tanto a los instrumentos de medición como al contenido completo de los artículos. Como consecuencia, durante el proceso de cribado, algunos artículos tuvieron que ser descartados debido a su inaccesibilidad o la falta de respuesta de los autores.

La principal fortaleza fue la existencia en las bases de datos científicos de literatura que contienen herramientas de investigación en LM, unos validados y otros no, pero que evidencia el deseo de la comunidad científica de disponer de herramientas para la investigación en este importante tema de salud pública.

En una revisión rápida que se realizó para actualizarse sobre nuevos cuestionarios validados en español para investigación en LM, usando los mismos descriptores de búsqueda MeSH: “questionnaire, validation, breastfeeding, spanish”, solo en PubMed, se evidenció que desde el año 2021 al 2024, se han encontrado al menos cinco artículos publicados con cuestionarios validados en español (119-123).

En este contexto, el artículo publicado de esta investigación en mayo de 2022 ha demostrado ser un trabajo original interesante (Anexo 6). Según la plataforma

ResearchGate, desde su publicación, el artículo ha recibido más de 1000 lecturas y ha sido citado en dos artículos de investigación sobre LM (124).

Además, en Google Scholar reporta 3 citaciones en trabajos de investigación relacionados con la misma línea de investigación en LM.

En este sentido, sería recomendable actualizar periódicamente los cuestionarios validados en español para la investigación en LM. Estas revisiones sucesivas permitirían incorporar nuevos cuestionarios surgidos de bases de datos científicas ya adaptados de otros idiomas al español. Mantener los cuestionarios validados para investigación actualizados contribuye a un acceso fácil, en el momento de necesitar una herramienta para las investigaciones tipo encuesta en LM, que ofrezcan validez y confiabilidad de los datos recogidos en investigaciones futuras.

6.2. Factores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM, estudiados en una muestra de población en el GALM Amamanta, durante la pandemia por COVID-19.

El presente apartado aborda la identificación de los factores sociodemográficos, familiares y comunitario, y algunos de tipo contextual (problemas con la LM y experiencias anteriores de la madre con esta) que influyeron en el sostenimiento de la LM en una muestra integrada por 185 madres encuestadas que recibieron apoyo virtual durante la pandemia por COVID-19. Este análisis se centra en comprender cómo diversas características de las madres y su entorno se vincularon con el tipo, la continuidad y duración de la LM, ofreciendo una visión integral sobre los elementos clave que promovieron o dificultaron esta práctica esencial para la salud materno-infantil, en un contexto de confinamiento y restricciones sociales. Se analiza inicialmente en base a los resultados del análisis descriptivo y luego según el análisis inferencial.

6.2.1. Factores sociodemográficos.

Los datos sociodemográficos indican que la mayoría de las madres se encontraban en el grupo de edad de 36 a 45 años (55,7%), seguido por el grupo de 26 a 35 años (43,2%), es decir que las madres entre los 26 y los 45 años ocupaban el 98,9%, con solo un 1,1% mayor de 45 años, ninguna madre de esta muestra tenía menos de 25 años. En una revisión sistemática realizada por Boccolini et al., (125) en general, las madres de mayor edad, específicamente aquellas entre 26 y 45 años, tienden a tener más probabilidades de sostener la LM. Según ese estudio esto se debe a varios factores: una mayor estabilidad económica, niveles más altos de educación y una mejor planificación familiar. Los resultados de esta investigación confirman estos resultados.

Cabe destacar que en este trabajo de investigación los resultados obtenidos en relación al número de hijos informan que el 98,38% tenían entre uno y dos hijos, cuyas edades reportadas fueron con el 67,02% lactantes entre los 3 a 11 meses de edad, seguido del 22,70% entre 12 y 18 meses de edad, posiblemente por la mejor planificación familiar a la que se refiere Boccolini en el estudio realizado, lo cual coincide con los resultados de esta investigación.

El predominio de madres españolas, el 89,1% frente a un 10,9% de madres extranjeras en la muestra estudiada pudo aportar alguna homogeneidad cultural en las prácticas de la LM. Estudios indican que la cultura y el origen étnico influyen profundamente en las prácticas de LM, incluyendo la duración de la lactancia y las actitudes hacia ella. (126,127) Las madres de una misma nacionalidad tienden a compartir creencias, valores y costumbres similares, lo que puede facilitar la creación de redes de apoyo más efectivas y comprensivas, ya que estas redes podrían estar alineadas culturalmente.

En un estudio realizado por Iglesias-Rosado y León-Larios, (128) sobre las experiencias en LM de mujeres latinas en España, se reportó que las mujeres latinas demandan más apoyo de los cuidadores y más sensibilidad hacia la diversidad cultural. La mayoría de las participantes del estudio afirmaron que sus experiencias de LM estaban influenciadas por barreras como el trabajo y por facilitadores como el apoyo de pares. En el estudio mencionado se da cuenta de los conocimientos que se les brindan a los cuidadores, particularmente a las enfermeras, sobre los cuidados que demandan las mujeres migrantes para garantizar una experiencia de lactancia más prolongada.

En cuanto al nivel educativo de la muestra de madres que participaron en esta investigación, evidenció que el 94,6% de ellas tenía estudios superiores, con un 78,9% que completó estudios universitarios. El estudio realizado por Neves et al., (129) sobre la educación de la madre y la LM, realizado en 81 países, demostró que las madres con niveles de educación superior tienen una mayor probabilidad de mantener la LM. De manera similar, un estudio realizado en Indonesia por Laksono et al., (130) encontró que las mujeres con educación universitaria poseen un mayor conocimiento sobre los beneficios de la LM y una mayor predisposición a seguir amamantando, lo cual se traduce en tasas más altas de LM sostenida. Estos hallazgos están alineados con los resultados de este estudio, los cuales subrayan la influencia positiva de la educación superior en la continuidad de la LM.

En relación con la situación laboral, se encontró que el 50,8% de las madres estaban trabajando durante el confinamiento, a pesar de las medidas restrictivas, mientras que el 27% estaban de baja laboral. Esto indica que el 77,8% de las madres generaban ingresos mensuales para el grupo familiar. Esta situación laboral podría influir en las prácticas de la LM, ya que las madres trabajadoras suelen enfrentar desafíos

adicionales para mantener la LM en el tiempo. Sin embargo, el trabajo remoto durante la pandemia pudo haber permitido que algunas madres continuaran amamantando por más tiempo.

Un estudio realizado por Kirwin y Ettinger, (131) en Estados Unidos sobre madres lactantes trabajadoras durante el periodo de restricción social de la pandemia reveló que la situación inusual aumentó la carga mental de las madres, pero también les brindó la oportunidad de pasar más tiempo con sus bebés, lo que pudo haber apoyado la continuidad de LM.

En cuanto a la situación laboral de las parejas, el 84,3% estaba trabajando y el 7,6% de baja laboral, con solo un 8,1% en situación de desempleo. Esto significa que el 91,9% de las parejas estaban laboralmente activas y recibían ingresos mensuales. La estabilidad económica, proporcionada por la actividad laboral de ambos padres, puede contribuir a un entorno más favorable para la LM al reducir el estrés financiero y permitir un mayor enfoque en el cuidado del recién nacido.

Según los datos más recientes de la Encuesta de Población Activa (EPA) del INE en España, (132) la población económicamente activa se concentra mayormente entre los 25 y 54 años, con una notable participación tanto de hombres como de mujeres en este rango de edad. La tasa de actividad laboral para las mujeres es más alta en el grupo de edad de 25 a 44 años, que se corresponde con el grupo etario predominante en esta investigación, alcanzando su punto máximo en las mujeres de 35 a 39 años. Estos datos coinciden con los obtenidos durante el desarrollo del presente trabajo de investigación y son relevantes ya que indican que muchas madres en edad de amamantar están laboralmente activas, lo cual puede impactar en sus prácticas de LM.

En general, aunque el trabajo remoto durante la pandemia planteó varios desafíos, también ofreció a algunas madres la flexibilidad para mantener la LM al permitirles quedarse en casa con sus bebés. Esto sugiere que el contexto del trabajo remoto podría ser beneficioso para sostener las prácticas de lactancia en tiempos de condiciones desafiantes.

6.2.2. Problemas presentados durante la LM.

Los problemas experimentados por las madres durante el inicio y mantenimiento de la LM revelan una amplia gama de desafíos enfrentados por el 98,4% de ellas, quienes reportaron haber tenido alguna dificultad. Esta alta prevalencia subraya la necesidad de implementar intervenciones y brindar un apoyo efectivo para las madres lactantes. A continuación, se presenta un análisis detallado de los principales problemas reportados:

El agotamiento y cansancio (62,7%) fue el problema más comúnmente reportado. El agotamiento puede ser exacerbado por la demanda constante de la LM, la falta de sueño y la carga adicional de cuidar al recién nacido. La literatura sugiere que la fatiga materna puede impactar negativamente en la salud mental y la capacidad para mantener la LM (133).

Las dudas relacionadas con la posición/técnica para amamantar (56,8%) fue el siguiente problema más común. Las dificultades con la técnica y la posición pueden llevar a una lactancia ineficaz y problemas adicionales como el dolor y las grietas en los pezones. Estudios han demostrado que la educación y el apoyo en la técnica de amamantamiento son cruciales para el éxito de la LM.

El dolor durante la lactancia fue reportado por el 56,2% de las participantes y constituye una barrera significativa para el sostenimiento de la LM. La lactancia dolorosa puede deberse a una mala técnica, infecciones como la mastitis, o

condiciones como el frenillo sublingual del bebé. El manejo del dolor y la búsqueda de una solución a la causa que lo produce, es esencial para evitar el abandono prematuro de la LM.

Las grietas en el pezón se reportaron por el 53,5% de las madres. Pueden resultar de una técnica incorrecta de amamantamiento. El dolor y las grietas en los pezones pueden disuadir a las madres de continuar con la LM, por lo que es crucial ofrecer soluciones prácticas y apoyo para prevenir y tratar estas condiciones (134).

Los problemas de enganche del bebé, surgieron en el 47,6% de los casos y pueden conducir a una alimentación ineficaz y a la frustración tanto de la madre como del bebé, con la consecuente necesidad de suministrar sucedáneos que le mitiguen el hambre y le ayuden en el aumento de peso, lo cual aparece como una consecuencia de esta dificultad. La capacitación en técnicas de enganche y la intervención temprana se ha demostrado que puede ayudar a resolver estos problemas (135).

Otros problemas fueron las dudas sobre si el bebé queda con hambre (43,8%), la preocupación sobre la suficiencia de la LM que puede generar ansiedad y frustración en la madre y llevarla a ofrecerle al bebé un suplemento con fórmula, lo que puede afectar negativamente la producción de leche materna. El 39,5% presentó dudas sobre compatibilidad de medicamentos con la LM y la falta de información clara sobre qué medicamentos son seguros, esto puede causar estrés y decisiones difíciles para las madres que necesitan algún tratamiento médico. Obstrucción de un conducto mamario (32,4%) y mastitis (21,1%), estas condiciones dolorosas y potencialmente graves requieren atención médica inmediata porque pueden facilitar la interrupción temprana de la LM.

Los hallazgos de esta investigación, coinciden con algunos resultados al respecto en el estudio de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), el

LAYDI (PAPen Red) sobre LM en España (30), donde los autores identificaron varios problemas comunes enfrentados por las madres lactantes, entre ellos los más relevantes fueron: el 35% de las madres reportaron dolor y grietas en los pezones, especialmente durante las primeras semanas de lactancia. La percepción de insuficiencia de leche afectó al 30% de las madres, lo que llevó a algunas a suplementar con fórmula. Además, el 25% de las madres experimentaron dificultades con la técnica de amamantamiento, relacionadas principalmente con el agarre del bebé y la postura durante la lactancia. Finalmente, el 15% de las madres enfrentaron problemas de salud en sus bebés, como la ictericia o dificultades en la succión, lo que también impactó en el sostenimiento de la LM.

En relación al tiempo de aparición de los problemas con la LM, el 34,1% de los casos se presentaron en el postparto inmediato, es decir, el primer día posterior al nacimiento del bebé. El 25,9% de los problemas surgieron entre el segundo y el sexto día, correspondiente al postparto temprano. En total, el 60% de las madres de la muestra enfrentaron dificultades con la LM durante la primera semana de vida del recién nacido. Estos hallazgos coinciden con un estudio publicado en 2020, por Feldman et al., (136) en el que, a partir de una revisión de 10 años de estudio, arrojan evidencias relevantes sobre las barreras que enfrentan las madres en la primera semana de vida del recién nacido, relacionadas con la producción y transferencia de leche, los problemas del agarre y de técnica que conllevan a lactancia dolorosa y grietas del pezón entre otros. También se evalúa en este estudio los factores relacionados con el sistema de salud, y la importancia del seguimiento de la mujer lactante después de la alta médica hospitalaria. Las evidencias obtenidas en la mencionada revisión, basadas en fuentes científicas, pusieron de relieve que la puesta en marcha del paso 10 de la IHAN para una lactancia exitosa, generó aumentos

significativos de las tasas de la LME hasta los 6 meses y el sostenimiento en el tiempo de la LM.

Comprender los problemas que enfrenta la madre durante la LM es esencial para proporcionar una atención adecuada y oportuna, asegurando que tanto ella como el bebé reciban el apoyo necesario para una mejor recuperación materna y un desarrollo saludable de su hijo. Establecer prácticas de cuidado emocionalmente efectivas es especialmente importante más aún para las madres primerizas. Así lo demuestra un estudio realizado por González-Darias et al., (137) en el que se reveló que el programa de Apoyo a Madres Primerizas incrementó efectivamente las tasas de LM. Las tasas de LME aumentaron un 76% a los tres meses y un 47% a los seis meses en las madres a quienes se les hizo la intervención, esto en contraste con 56% y 35%, respectivamente en el grupo control, demostrando el impacto positivo de un apoyo adecuado en el éxito de la LM.

Cabe destacar que el contexto de la pandemia exacerbó muchos de los problemas mencionados, con el agravante de las restricciones que limitaban el acceso al apoyo presencial y a otros recursos. Sin embargo, algunas madres encontraron apoyo a través de medios virtuales, tal como fue el brindado por parte de los GALM, lo que subraya la importancia de ofrecer múltiples canales de ayuda, en la resolución de los problemas.

Los testimonios de las madres como los expuestos a continuación, reflejan una variedad de experiencias únicas y desafíos personales, como el uso de pezoneras, el alta hospitalaria prematura antes de la subida de la leche, y problemas de salud del bebé (frenillo sublingual, cólicos, alergias).

- “Cuando subí después de la cesárea, me dieron pezoneras. Aunque al principio me resistí, cuando me dijeron que me las pusiera no tuve fuerzas ni valor para negarme, no sabía cuál era la mejor opción.”
- “Recibí el alta hospitalaria antes de mi ‘subida de leche’, no me pareció correcto, me sentí desamparada...”
- “El bebé tenía frenillo, detectado a los 4 meses. Nadie ayudó: 4 pediatras, AMAMANTA, asesoras de lactancia, matrona... Nadie supo ayudar. He acabado con Síndrome de Raynaud.”

Estos comentarios personales, destacan la necesidad de una atención personalizada y flexible para abordar las necesidades específicas de cada madre y bebé.

En ese sentido, los resultados de múltiples estudios realizados a lo largo del tiempo (138-143), coinciden con los alcanzados en esta investigación, en cuanto a los problemas presentados durante la LM; asimismo, recomiendan las siguientes alternativas factibles para mejorar el apoyo a las madres lactantes dirigidas a mitigar estos problemas:

1. Mayor acceso a la educación y entrenamiento sobre la técnica de amamantamiento: programas educativos, tanto presenciales como virtuales, pueden ayudar a las madres a aprender y practicar técnicas adecuadas.
2. Soporte emocional y psicológico: servicios de apoyo que aborden la salud mental y el bienestar emocional de las madres pueden ser cruciales para mantener la LM.
3. Intervenciones tempranas: la identificación y tratamiento de los problemas de lactancia de manera oportuna puede prevenir complicaciones mayores y apoyar la continuidad de la LM.

4. Políticas de apoyo laboral: la adaptación de las políticas laborales para ofrecer flexibilidad y apoyo a las madres lactantes puede facilitar la combinación del trabajo y la LM.

Por todo lo antes expuesto, en relación con los problemas con la LM se puede afirmar que, en el análisis de la muestra, un alto porcentaje de las madres enfrentan una amplia gama de dificultades y desafíos durante la práctica de la lactancia, muchos de los cuales se vieron exacerbados por las circunstancias de la pandemia. Abordar estos problemas requiere un enfoque integral que incluya educación, apoyo emocional y psicológico, intervenciones tempranas y políticas laborales favorables.

6.2.3. Experiencia de las madres con la LM.

El análisis de las experiencias anteriores con la LM de las madres incluidas en la muestra para el OE2, revela varios aspectos importantes relacionados con su continuidad y éxito. De las 185 madres participantes, el 81,6% (n=151) reportó no haber tenido experiencia previa con la LM, lo que indica que esta era su primera vez lactando. Esta falta de experiencia puede ser un factor crítico, ya que las madres primerizas suelen enfrentarse a mayores desafíos y dudas en el inicio de la LM, lo que subraya la importancia del apoyo adecuado durante este periodo inicial (137).

Por otro lado, el 12,4% (n=23) de las madres informó haber tenido una experiencia satisfactoria de LM con un hijo anterior. La experiencia positiva previa puede influir favorablemente en la confianza y la autoeficacia de las madres para continuar con la LM en hijos subsecuentes. La autoeficacia, o la creencia en la propia capacidad para realizar la LM, ha sido identificada en varios estudios como un factor importante para el éxito de la lactancia (111-116). El 5,4% (n=10) de las madres había tenido una experiencia insatisfactoria de LM anteriormente, lo que pudo afectar negativamente su percepción y disposición hacia la LM en su hijo actual. Las experiencias negativas

pasadas pueden generar ansiedad y dudas, lo que puede llevar a un cese temprano de la LM. Esto se confirma, en el estudio de Morrison et al., (138) donde se recomienda que los profesionales de la salud evalúen las dificultades que confrontan las madres y ofrezcan intervenciones personalizadas para mejorar la experiencia de lactancia y fomentar su continuidad.

Un pequeño porcentaje de madres (0,6%, n=1), no había amamantado a su hijo anterior, lo cual podría estar relacionado con dificultades previas en la LM, debido a problemas de salud, o una falta de apoyo o carencia de conocimientos sobre el tema. La experiencia previa negativa y la falta de apoyo adecuado puede dificultar tanto el inicio como la continuidad de la LM en futuros hijos (139-142).

En contraste con lo anterior, la información adicional proporcionada por un 3,2% (n=6) de las madres sobre la duración prolongada de la LM en sus hijos anteriores, que va desde 20 meses hasta 6 años y medio, refleja un compromiso significativo con la LM. La duración extendida de la LM puede estar influenciada por diversos factores, como el manejo de información adecuada, el apoyo continuo de los GALM y, sobre todo; la motivación personal. De estas madres encuestadas; el 1,1% (n=2) practicaba la lactancia en tándem, lo que implica amamantar a dos hijos de diferentes edades simultáneamente. Este compromiso con la lactancia en tándem destaca una fuerte disposición y capacidad para manejar los desafíos asociados con la LM extendida y múltiples hijos lactantes, así como el manejo de las creencias y criterios en relación a las lactancias prolongadas por parte de algunos miembros de la familia y la sociedad (143,144).

Los datos anteriores sugieren que las experiencias anteriores de LM, tanto positivas como negativas, juegan un importante rol en la predisposición y capacidad de las madres para continuar la LM en hijos posteriores. El apoyo adecuado y la intervención

temprana son esenciales para asegurar una experiencia positiva de LM, especialmente para las madres primerizas y aquellas con experiencias pasadas insatisfactorias. El apoyo de los GALM y de los profesionales de salud pudo marcar una diferencia significativa en la promoción y sostenimiento de la LM durante y después de la pandemia de COVID-19, periodo durante el cual muchas madres pueden haber enfrentado desafíos adicionales.

6.2.4. Apoyo familiar y comunitario.

El análisis de los hallazgos de este estudio de investigación, en relación con el apoyo familiar y comunitario, revela aspectos fundamentales para la promoción y sostenimiento de la LM, que coincide con diversos estudios de investigación (145,146).

En un estudio de revisión sistemática realizado en el 2020, en colaboración con instituciones de Australia, Nigeria y Etiopía (147), se analizó el impacto del apoyo de los padres en la LM, basándose en estudios de diferentes países, en este se evaluó cómo el apoyo de los padres influye en la duración, exclusividad e iniciación de la LM. Los resultados sugieren que los padres pueden desempeñar un papel decisivo en la continuidad y el éxito de la LM, principalmente mediante acciones como la ayuda en el hogar, la prevención y manejo de problemas de lactancia, así como el refuerzo emocional para las madres. Se observó que el apoyo paterno aumentó la duración y exclusividad de la lactancia, especialmente cuando los padres recibían información específica sobre lactancia durante el periodo prenatal y postnatal. Estos resultados coinciden con los hallazgos de esta investigación en la cual el 91,9% de las madres encuestadas, recibieron el apoyo de sus parejas en relación a la LM, lo que subraya la importancia del respaldo emocional y práctico en el hogar.

Por su parte en el estudio LAYDI (PAPenRed) (30), la pareja fue uno de los factores más influyentes en el mantenimiento de la LM. Aproximadamente el 85% de las madres que mantuvieron la LME a los 6 meses reportaron un fuerte apoyo de su pareja.

Otros estudios de revisión sistemática como el de Abbas et al., (148) donde se incluyen intervenciones perinatales para el sostenimiento de la LM, en especial por el acompañamiento de la pareja, han demostrado que el apoyo del padre puede aumentar significativamente la duración de la LM, proporcionando a la madre la confianza y el descanso necesarios para continuar amamantando. En un estudio realizado en España por Martínez-Vásquez et al., (149) sobre los determinantes y factores asociados al mantenimiento de la LM tras el alta hospitalaria post parto se concluyó, según sus resultados, que el inicio temprano de la lactancia, el apoyo por parte de la pareja y el haber amamantado anteriormente a otro hijo, favoreció la LM. Por otro lado, el 71,5% de las madres integrantes de la muestra de esta investigación reportaron recibir apoyo de sus propias madres, lo cual es consistente con la literatura que indica que la experiencia de la madre de haber sido amamantada durante la infancia y el apoyo por parte de la abuela del recién nacido, con una actitud positiva frente a la LM, pueden influir adecuadamente en la práctica de esta. Además, sugieren que puede ser una estrategia de apoyo útil para los profesionales de la salud, movilizar a las abuelas con una percepción positiva de la lactancia, para que brinden apoyo a sus hijas durante la instauración de la LM. (150) El apoyo de otros familiares, mencionado por el 37,3% de las madres, también contribuye, aunque en menor medida.

Desde la perspectiva comunitaria en esta investigación, el GALM fue identificado como una fuente significativa de apoyo por el 74,1% de las madres. Estos resultados

coinciden con lo expuesto en el estudio LAYDI (PAPenRED) (30) donde se reportan que las madres que utilizaron servicios del GALM, tuvieron un 60% más de probabilidades de mantener la LME durante al menos 6 meses.

Asimismo Morse y Brown (48), en una revisión sistemática realizada en el Reino Unido sobre los beneficios, desafíos e impactos del acceso al apoyo grupal ofrecido por redes sociales, durante la pandemia y luego de esta, afirmaron que este tipo de grupos proporcionan un entorno de solidaridad y comparten experiencias y consejos prácticos, lo que puede ser esencial para superar los desafíos en la LM, más aún en situaciones de crisis como la que se presentó durante el confinamiento por la COVID-19 y que coincide con la que experimentaron las madres que conformaron la muestra estudiada en este trabajo de investigación.

La presencia de mujeres amamantando en su entorno, con el 68% reportado, expone un factor muy importante en la instauración y sostenimiento de la LM puesto que está relacionada con el apoyo por parte de sus pares, quienes se encuentran experimentando vivencias similares en cuanto a la alimentación de sus hijos. Asimismo, se encontró que el porcentaje de amigas o amigos que apoyan la lactancia también fue notable; reportado por el 54,6% de las madres encuestadas, lo que indica que el apoyo social más allá de la familia inmediata puede influir positivamente en la decisión de continuar amamantando (151,152).

El apoyo de los profesionales de la salud en general, fue reportado en esta investigación por el 38,4% de las madres. Este tipo de apoyo facilita la instauración de la LM durante las etapas iniciales, especialmente en el hospital o maternidad y de manera inmediata en los CDS, cuando el personal que realiza la intervención se encuentra preparado con el conocimiento necesario y la sensibilidad para compartir con la madre la experiencia de la alimentación de su bebé recién nacido, como un

acto natural que genera múltiples beneficios para ella, su bebé y la sociedad (153). La literatura sugiere que el consejo y el apoyo de los profesionales de la salud pueden mejorar significativamente las tasas de LM al abordar problemas técnicos y emocionales (154).

En el estudio LAYDI (PAPenRed) (30) cerca del 70% de las madres que recibieron información y asesoramiento continuo del personal sanitario durante el embarazo y postparto lograron mantener la LME durante los primeros 6 meses.

En relación al apoyo en las tareas del hogar, el 67,2% de las madres que formaron parte de la muestra estudiada, recibieron ayuda con las tareas del hogar, lo cual puede permitir a las madres concentrarse en el cuidado del recién nacido y la LM. La distribución de tareas en el hogar es un factor que puede reducir el estrés materno y promover un ambiente de apoyo para la madre.

En cuanto al apoyo profesional durante y después del parto, el 60,2% de las madres recibió apoyo en el paritorio o sala de recuperación, mientras que el 69,4% lo recibió en el posparto inmediato. Un estudio realizado por Menichini et al., (155) demostró que una alta satisfacción de la madre durante la hospitalización está relacionada con mejores resultados en cuanto a iniciación y el deseo de sostener la LM en el tiempo. Este apoyo es fundamental para el establecimiento temprano de la LM, ya que las primeras horas y días son críticos para el éxito a largo plazo.

Como ya se ha mencionado en el apartado de los problemas con la LM, los sanitarios preparados y sensibilizados con la LM, que fomentan el contacto piel con piel, favorecen la conexión inmediata del recién nacido con la madre y el padre, explican a la madre la correcta posición y el enganche espontáneo o con ayuda en la primera hora después del nacimiento y durante la hospitalización, contribuyen en gran medida a que el proceso natural de la LM se inicie y luego se sostenga después del alta

médica. A propósito de la continuidad del apoyo del que se viene analizando, el 57% de las madres reportaron haberlo recibido en los CDS, esto refleja esa necesidad continua de proporcionar educación y apoyo en la LM durante las visitas posteriores al parto. Es por ello importante que los profesionales de la salud estén bien capacitados y motivados para ofrecer este apoyo continuo.

Un aspecto negativo identificado en esta investigación fue que el 24,2% de las madres informaron que sus bebés recibieron suplementos no indicados por el pediatra. La suplementación innecesaria puede interferir con la LM y reducir la producción de leche (156). Este hallazgo sugiere la necesidad de políticas más estrictas y una mayor educación para los profesionales de la salud sobre la importancia de evitar la suplementación a menos que sea estrictamente necesario.

En ese sentido, durante el proceso de recolección de los datos, una madre aportó en la pregunta abierta sobre los problemas, la siguiente experiencia:

- “En el hospital, sin permiso y en contra de mi plan de parto, le dieron fórmula y chupete. Esto interfirió con nuestra lactancia severamente... me costó 3 meses establecer una lactancia natural, sin dolor y exclusiva.”

Reportes estos que confirman parte de las barreras que deben ser superadas por las madres lactantes para instaurar y sostener la LM.

Por otro lado, la pandemia de COVID-19 presentó desafíos adicionales para la LM, incluyendo el acceso limitado a servicios prestados por los CDS y GALM de manera presencial. Sin embargo, el papel de los GALM y otros servicios en las redes de apoyo que ofrecieron el apoyo virtual tomaron mayor relevancia en ese contexto, proporcionando un recurso útil y necesario para las madres que enfrentaban el aislamiento y la incertidumbre (63) (157-159).

6.2.5. Consultas.

El primer recurso de las redes de apoyo a la LM consultado por las madres fue el GALM, con el 82,02%. Los GALM ofrecen un entorno de comunidad y comprensión que puede ser crucial para las madres que enfrentan dificultades con la LM. Este tipo de apoyo ha demostrado ser eficaz en varios estudios, donde las madres que participan en estos grupos tienen mayores tasas de éxito en la LM (106) (152-160).

Un trabajo de revisión sistemática realizado por Rodríguez-Gallego et al., (161) concluye que combinar el apoyo de pares con el liderazgo de un profesional de la salud preparado o una IBCLC, asesora de lactancia certificada es más efectivo para apoyar y mantener la LM en el tiempo. Estas intervenciones combinadas ofrecen tanto el apoyo emocional y práctico de los pares como la guía experta necesaria para resolver problemas técnicos y de salud relacionados con la LM (162).

La segunda opción más frecuentemente utilizada fue la orientación con la matrona del CDS, con un 54,3%. Las matronas juegan un papel muy importante en el apoyo a la LM. Según una revisión sistemática sobre la perspectiva de las matronas en cuanto al apoyo a la madre, (163) se evidenció que estas adaptan su forma de apoyo en función del lugar de trabajo haciendo el papel de “asesoras técnicas” o de “acompañante calificada” para la madre. Las matronas que trabajan en un entorno hospitalario se pueden enfrentar a algunas barreras cuando brindan apoyo a la madre para la LM, como pueden ser restricciones de tiempo, lo que les dificulta llevar a cabo su función preferida como “acompañante calificada”, lo cual refieren puede influir negativamente en el apoyo a la LM. Sin embargo, otros factores de apoyo, como las pautas de LM basadas en la evidencia, el apoyo cercano y respetuoso, tienen una influencia positiva en el apoyo a la LM, que además puede ser ofrecido por las matronas del CDS, tanto durante el embarazo como en el postparto. La formación y experiencia de las

matronas en la gestión adecuada para la instauración y luego el sostenimiento de la LM son esenciales para ayudar a las madres a superar problemas comunes como los que se refieren en este trabajo de investigación, tales como aprender a manejar los tiempos para el descanso, la técnica para amamantar para evitar cansancios innecesarios por malas posiciones, el adecuado de enganche del bebé para evitar las grietas del pezón y la lactancia dolorosa, la ingurgitación mamaria o la mastitis, y la adecuada estimulación para obtener la adecuada producción de la leche materna. Por tales razones se precisa de una adecuada formación al respecto (164,165).

En el estudio LAYDI (PAPenRed) (30), el personal sanitario más consultado por las madres lactantes fue el personal de enfermería y las matronas, seguido de los pediatras. Las matronas desempeñaron un papel de vital importancia, en el asesoramiento inicial sobre la LM, especialmente durante el periodo prenatal y en las primeras semanas postparto. Este apoyo temprano resultó fundamental para el éxito en el establecimiento y la continuidad de la LM.

El personal hospitalario o de maternidad ocupó el tercer lugar con el 33,3% de consultas de las madres como fuente de apoyo inicial después del nacimiento, aspecto este muy importante si se tiene en cuenta que los problemas con la LM suelen presentarse con mayor frecuencia entre las primeras 24 horas y la primera semana de vida del recién nacido. En ese sentido, uno de los propósitos de la IHAN, es realizar intervenciones oportunas en estos primeros días. Sin embargo, la efectividad de este apoyo puede variar según la formación y las políticas del hospital, las cuales pueden influir significativamente en el éxito de la LM, asegurando que la madre reciba la orientación y el apoyo necesarios para establecer una lactancia exitosa desde el inicio (166).

El asesoramiento del pediatra en el CDS fue solicitado por el 30,6% de las madres. Los pediatras, al ser los profesionales de salud que más frecuentemente ven a los bebés durante el primer mes y año de vida, tienen una posición privilegiada para influir en las prácticas de LM y proporcionar orientación basada en la salud del bebé y la madre, por esa razón es preciso que el personal de pediatría se encuentre preparado con el conocimiento sobre los problemas que se pueden presentar durante la LM y esté sensibilizado a continuar en el apoyo a la madre para sostener la LM que ya se ha iniciado o de favorecer el inicio y el sostenimiento si ese fuese el caso (51-54)(166). Frecuencia de las consultas.

Con respecto al análisis de la frecuencia de las consultas esta investigación muestra que el 51,1% de las madres consultaron a los GALM cuatro veces o más, mientras que el 40,3% consultó a profesionales de la salud como pediatras, enfermeras pediátricas, matronas o asesores de lactancia con la misma frecuencia. Aunque el porcentaje de consulta al GALM fue mayor que el de los profesionales que están implicados con el apoyo a la LM, esto igualmente indica una alta necesidad de apoyo continuo por parte de las madres para mantener la LM, especialmente durante la primera semana del inicio de la lactancia.

En una revisión sistemática realizada por Gavine et al., (167) se demostró que las consultas pueden ofrecerse cara a cara, por teléfono o a través de tecnologías digitales, o una combinación de estas, y resulta más eficaz cuando se realizan de cuatro a ocho consultas. En este estudio llegaron a la conclusión que las consultas frecuentes están asociadas con una mayor probabilidad de superar los desafíos iniciales de la LM y prolongar su duración, lo cual concuerda con los resultados de esta investigación donde un alto porcentaje de madres sostuvo la LME durante los seis primeros meses y también la acompañó junto a la alimentación complementaria.

Como se evidencia en los resultados de esta investigación la diversidad de fuentes de apoyo utilizadas por las madres y la frecuencia de las consultas destacan la necesidad de un enfoque multidimensional para el apoyo a la LM. Las intervenciones efectivas deben incluir no solo la formación continua y la competencia del personal de salud, sino también el fortalecimiento de los grupos de apoyo comunitarios tanto presenciales como virtuales, así como la disponibilidad de recursos postparto accesibles y sostenibles.

6.2.6. Sostenimiento de la LM.

En el análisis descriptivo de los componentes de la variable dependiente sostenimiento de la LM, específicamente el tipo de lactancia, la duración y la continuidad, realizado en esta investigación se evidenciaron resultados significativamente más altos en comparación con las estadísticas nacionales,(19) e inclusive con el estudio LAYDI (PAPen Red); (30) esto sugiere que los factores sociodemográficos, el apoyo familiar y comunitario, así como una mayor conciencia sobre los beneficios de la LM, pueden haber jugado un destacado papel en la sostenibilidad de esta práctica en la muestra de población estudiada.

En cuanto al tipo de lactancia de las 185 madres encuestadas, el 82,7% proporcionó LME hasta los seis meses, un porcentaje considerablemente superior al 39% reportado en la Encuesta Nacional de Salud del INE y en el estudio LAYDI (PAPenRed), (30) donde se observó una tasa inicial de LME del 66,4% a los 15 días de la visita pediátrica, la cual se redujo al 35,2% a los seis meses.

Un 2,7% de las madres ofreció LM predominantemente, acompañada de infusiones, zumos y otros líquidos. Aunque esta práctica es menos ideal que la LME, sigue siendo preferible a la ausencia total de leche materna. Por otro lado, el 14,6% de las madres proporcionó alimentación complementaria antes de los seis meses, incluyendo

papillas y otros líquidos junto con leche materna, lo cual contrasta con las recomendaciones de iniciar la alimentación complementaria después de los seis meses. En comparación con los resultados, según el INE, un 41,6% de los niños a los seis meses recibía exclusivamente alimentación artificial, y en el estudio LAYDI (PAPen Red) de la AEPap, el 38,2% recibía este tipo de alimentación.

Los resultados de esta investigación, reflejan que un 85,4% de las madres encuestadas mostraron un fuerte compromiso con la LME hasta los seis meses, superando las dificultades y desafíos que el 98,4% de las madres reportaron durante el estudio. Esto sugiere una tendencia positiva en el mantenimiento de la LME como la forma prioritaria de alimentación en el primer semestre de vida del bebé, en el grupo de madres estudiadas, muy posiblemente a que las madres de esta muestra recibieron un apoyo oportuno, flexible, amable y disponible a distancia por la vía virtual o en línea, a través de la plataforma Zoom ofrecida por el GALM Amamanta, justo en el momento que más se necesitaba.

En relación a la duración de la LM, los resultados de esta investigación arrojaron que el tiempo medio de suministro de LM, fue de 8 meses con una desviación estándar de 4,5 meses. Este promedio sugiere que muchas madres continuaron amamantando más allá del periodo recomendado de seis meses de LME, lo cual es altamente beneficioso para todos: madre, hijo, familia, sociedad y hasta el planeta como ya se ha mencionado en relación al efecto de la LM y los ODS.

En contraste con estos resultados, en el estudio LAYDI (PAPenRed), se encontró que la duración media de la LME fue de 3,5 meses. Alrededor del 35,2% de las madres lograron mantener la LME hasta los 6 meses. En cuanto a la LM en general; el 61,7% de las madres continuaron con algún tipo de lactancia (ya sea exclusiva o combinada

con otros alimentos) hasta los 6 meses, con una mediana de duración de la LM total de 6 meses.

La OMS recomienda continuar con la LM junto con alimentos complementarios hasta al menos los dos años o más, por todos los beneficios que se ha demostrado que esto genera.

En lo que se refiere a la continuidad de la LM, en el momento de la aplicación del cuestionario, el 93% (n=172) de las madres continuaban suministrando LM, mientras que el 7% (n=13) ya no lo hacían. Esta alta tasa de continuidad apuntó la decisión de un alto porcentaje de las madres en sostener la práctica de la LM, posiblemente por la confluencia de algunos factores que facilitaron dicha decisión, y que se han venido mencionando, en contraste con los datos frecuentemente reportados de caída de las tasas de LM desde el nacimiento hasta los seis meses de edad del lactante, mencionados cuando se discutió acerca del tipo de lactancia. Estos hallazgos son alentadores dados los beneficios sostenidos de la lactancia prolongada. Por otro lado, es importante destacar que el 7% que había dejado de amamantar hizo evidente la existencia de las barreras y desafíos que algunas madres enfrentan y no logran superar (133).

6.2.7. Análisis de resultados estadísticos obtenidos de la relación de las variables.

En esta investigación científica ha sido fundamental comprender no solo el alcance del análisis descriptivo de las variables estudiadas, sino también cómo estas variables se relacionaron entre sí. Mientras el análisis descriptivo previo nos ha permitido obtener una visión general de los datos, identificando patrones y tendencias iniciales en la práctica de la LM, en la muestra de población estudiada, el análisis estadístico de la relación entre variables condujo esta investigación a profundizar en la

comprensión de los factores que realmente influyen en la continuidad y el éxito de la LM.

Este apartado se centra en examinar solo las relaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas, familiares y comunitarias en relación con las variables del sostenimiento de la LM. La identificación de las mismas es muy importante para destacar aquellos factores que realmente tienen un impacto directo en el sostenimiento de la LM, objeto de estudio de esta investigación. Al realizar pruebas de Chi-cuadrado (X^2) y ANOVA se pudo determinar qué variables estaban significativamente relacionadas y cómo estas interacciones pudieron influir en la práctica de la LM en las madres estudiadas, proporcionando evidencia fundamentada estadísticamente que pudiera dirigir mejor los esfuerzos y guiar futuras intervenciones, o tal vez orientar la formulación de posibles políticas de salud pública que promuevan los beneficios esperados.

A) Asociación entre el número de hijos y el nivel educativo.

Los resultados de esta investigación demostraron que el 78,92% de las madres tenía estudios universitarios, y predominaban aquellas con un solo hijo. Por otro lado, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el número de hijos y el nivel educativo de las encuestadas ($X^2 = 24,115$, $p < 0,001$).

Este hallazgo sugiere que el nivel educativo influye en la decisión de tener más o menos hijos. Según un estudio realizado por Matthews y Hamilton (168) en el que se estudió el nivel educativo de madres de diferentes razas, de 25 años o más, en relación con el número de hijos y la salud de madres e hijos, se concluyó que los niveles más altos de educación materna se asocian con menos hijos y mejor salud materna e infantil.

Este patrón puede estar relacionado con otros estudios (169,170) que indican que la edad de la madre y un mayor nivel educativo suele correlacionar con menores tasas de natalidad y mejor salud del lactante, debido a factores como la inserción laboral y la planificación familiar informada. Las personas con educación superior tienden a tener menos hijos debido a la búsqueda de estabilidad económica y profesional antes que formar familias numerosas.

B) Asociación entre nacionalidad y nivel educativo.

Se encontró una asociación significativa entre la nacionalidad y el nivel educativo de las participantes en el estudio ($X^2 = 95,855$, $p < 0,001$). La mayoría de las encuestadas eran españolas, seguidas por italianas, alemanas y colombianas, además de otras diez nacionalidades representadas en la muestra. Del total, un 94,6% tenía estudios superiores, con un 78,9% habiendo completado estudios universitarios. Aunque la mayoría eran españolas, la tendencia a un alto nivel educativo también se observó en otras nacionalidades. Esto es consistente con la literatura científica, que sugiere que un nivel educativo alto está asociado con una mayor probabilidad de iniciar y mantener la LM (171,172). Sin embargo, es importante considerar que cada nacionalidad tiene un sistema de creencias y costumbres particulares (173). Acerca de esto ya se ha mencionado al inicio de este apartado, el trabajo realizado por Iglesias y León -Larios (128), donde se expone como las madres latinas consideran ciertas barreras en el sistema español para el mantenimiento de la LM, reportando mayor demanda desde el punto de vista emocional, por parte del personal sanitario que les apoya. En el estudio de Merten et al., (174) se mostró que las mujeres migrantes en Suiza enfrentan desigualdades en salud reproductiva y en la efectividad de los programas de promoción de la salud, donde tanto la educación como la nacionalidad juegan un papel nada descartable en relación con la LM.

Por otro lado, Zhao et al., (175) en una revisión sistemática y metaanálisis realizado en China, encontraron que las madres con niveles educativos más altos tenían menos probabilidades de amamantar a sus bebés en comparación con aquellas con niveles educativos más bajos. Esto sugiere que el impacto de la nacionalidad y la educación en la LM puede ser complejo y contextualmente variable, lo que subraya la necesidad de considerar la interacción entre estos factores al evaluar sus efectos. Los hallazgos de este estudio podrían estar relacionados con que el alto porcentaje de madres de la misma nacionalidad (española), lo que minimizó la diversidad cultural en la muestra estudiada, ello sin dejar de lado la importancia de la inclusión ofrecida por el GALM a madres de otras nacionalidades quienes también fueron beneficiadas por la intervención y apoyo ofrecido, independientemente del contexto de donde proviene la madre, debido a que el objetivo principal del GALM, es apoyar a esa madre a lograr el objetivo de instaurar y sostener la LM en el tiempo.

C) Asociación entre situación laboral de la pareja y tipo de lactancia.

La situación laboral de la pareja muestra una asociación significativa con el tipo de lactancia hasta los seis meses ($X^2 = 9,814$, $p = 0,044$). El 83,97% de las madres que optaron por LME hasta los seis meses tenían parejas que estaban trabajando. En contraste con el 6,53% de madres optaron por LME aun cuando sus parejas no estaban trabajando.

Este hallazgo sugiere que la estabilidad económica, reflejada en la situación laboral de la pareja que trabaja, podría influir en la decisión de mantener la LME. La literatura indica que las condiciones económicas favorables permiten a las madres dedicar más tiempo y recursos a la LME, aliviando la presión económica y permitiendo una mayor dedicación a la crianza del hijo (150) (176). No obstante, hubo un 6,53% de madres que también optaron por la LME, aunque sus parejas no estaban trabajando,

evidenciándose que existen otros factores favorecedores de la LME en estos casos, que no están relacionados exclusivamente con la actividad económica de la pareja. Es por ello que el tema que nos ocupa revela ciertas complejidades que son de vital importancia y no se deben dejar pasar cuando se realiza el abordaje de la situación particular de la madre a quien se va a orientar o apoyar en el proceso de amamantamiento.

D) Variables sociodemográficas y duración de la LM.

El análisis ANOVA reveló una relación estadísticamente significativa entre la situación laboral de la madre ($F = 16,676$, $p < 0,001$), la situación laboral de la pareja ($F = 6,909$, $p = 0,001$) y la edad del hijo ($F = 160,009$, $p < 0,001$) y la duración de la LM.

En el apartado anterior se ha discutido el efecto positivo en el sostenimiento de la LME cuando la pareja de la madre se encontraba laborando.

En cuanto a la situación laboral de las madres hay un gran número de estudios que afirman que la incorporación al trabajo por parte de la madre, influye de manera desfavorable en el sostenimiento de la LM (177-183). Sin embargo, en el caso de las madres pertenecientes a la muestra estudiada resultó estadísticamente significativa la relación de la situación laboral con la duración de la LM, tal vez porque el cuestionario se aplicó a una población de madres que fueron atendidas por el GALM, durante el periodo de confinamiento y restricciones sociales por la pandemia COVID-19.

No se tiene la certeza de que las madres que reportaron estar trabajando lo estuvieran haciendo a distancia, pero se deduce que, durante ese momento de crisis a nivel mundial debido a las restricciones sociales, muchas madres tal vez pudieron continuar las actividades laborales a distancia, sobre todo aquellas con un alto nivel educativo lo cual podría haber favorecido la duración de la LM, posiblemente porque pudieron

gestionar mejor su tiempo y permanecer en el hogar al cuidado de su bebé. Así lo exponen Iskandar y Satefani (184), en un artículo realizado en Indonesia, sobre la eficacia del trabajo desde casa durante la pandemia de COVID-19, se concluyó que el trabajo a distancia durante la pandemia en madres lactantes demostró ser eficaz para implementar la práctica de la LME, utilizando el método de la LM directa y a demanda con un favorable impacto en el estado nutricional de los lactantes.

La edad del hijo en relación con la duración de la LM también demostró tener una significación estadística, lo cual podría estar vinculado con que las madres de la muestra seleccionada tenían hijos menores de 18 meses. Esto es consistente con los patrones de LM observados a nivel internacional, donde la duración de la LM tiende a disminuir con la introducción de la alimentación complementaria, la cual se inicia a los 6 meses de vida del bebé. En este estudio, la media de duración de la LM fue de 8 meses, con una desviación estándar de 4,5 meses, lo que sugiere una considerable variabilidad en la duración de la LM entre las participantes. Estos hallazgos son coherentes con las recomendaciones de la OMS, que aconsejan la LME durante los primeros 6 meses de vida, seguida de la introducción gradual de alimentos complementarios mientras se continúa la LM hasta al menos los 2 años o más, según deseen la madre y el niño.

En comparación, el estudio LAYDI (PAPen Red), (30) que también analizó la duración de la LM en España, reportó una media de 6 meses para la LM total. Aunque la media de duración fue menor en ese estudio, ambos estudios refuerzan la necesidad de un mayor apoyo a las madres para que puedan continuar amamantando más allá del periodo recomendado de LME. Además, la variabilidad observada en los diferentes estudios refleja la influencia de diversos factores, como los apoyos sociales y

familiares, el acceso a información sobre lactancia, y el entorno cultural en el que se encuentra la familia.

E) Variables sociodemográficas y continuidad de la LM.

No se encontró significancia estadística en la relación entre las variables sociodemográficas y la continuidad de la LM. Este resultado puede indicar que la decisión de continuar con la LM está influenciada por múltiples factores más complejos, como creencias culturales, apoyo social y prácticas individuales, más que por variables sociodemográficas aisladas. La continuidad de la LM puede estudiarse desde una perspectiva multidimensional en la que intervienen una combinación de factores como pueden ser los personales, los sociales y los económicos que no dependen completamente de las variables sociodemográficas.

F) Variables de apoyo familiar y comunitario y tipo de lactancia.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la consulta de la madre al médico de familia y el tipo de lactancia practicado ($X^2 = 12,217$, $p = 0,002$). Este contacto mostró una relación significativa con la práctica de la LME, la cual fue la opción más común entre estas participantes. Este hallazgo sugiere que la consulta al médico de familia en atención primaria, podría desempeñar un rol importante y tal vez sub valorado, en la decisión de la madre de mantener la LME (185). Este resultado es consistente con lo reportado por Labarere et al., (186) quienes destacaron en su estudio que el apoyo a la LM brindado por médicos de atención primaria, capacitados específicamente en lactancia, favorece el sostenimiento de la LME. Con base en esta evidencia, se recomienda implementar intervenciones multifacéticas que involucren a los médicos de atención primaria para apoyar eficazmente la LM.

G) Relación entre las variables de apoyo familiar y comunitario y la duración de la LM.

El análisis de las variables del apoyo familiar y comunitario en relación con la duración de la LM reveló importantes implicaciones que pueden guiar intervenciones futuras. En primer lugar, el apoyo proporcionado por el personal sanitario y el GALM mostró una relación significativa con la duración de la LM, con valores de $p = 0,033$ y $p = 0,050$, respectivamente. Este hallazgo refuerza la literatura existente sobre esa materia que destaca la importancia del respaldo profesional y los GALM en la promoción y sostenimiento de la LM. Diversos estudios han demostrado que el apoyo de profesionales de la salud, especialmente durante las primeras semanas postparto, es muy importante para el éxito en la LM (136) (141,142) (188).

Cabe destacar que, al asociar otras variables de apoyo familiar y comunitario de manera individual con la duración de la LM, no se encontró una significación estadística. No obstante, cuando se asociaron dos variables del sistema familiar y comunitario, o ambas del sistema comunitario, sí se obtuvo significación estadística entre la duración de la LM y estas. Esos datos pueden ser consultados a partir de la tabla 12, (página 97) del capítulo de Resultados.

En ese orden de ideas, la asociación entre la consulta al GALM realizada por la madre lactante y el apoyo brindado por su pareja mostró una significación estadística ($p = 0,048$). Aunque la consulta al GALM fue estadísticamente significativa por sí sola, el apoyo de la pareja no lo fue cuando se analizó de manera individual. Este hallazgo sugiere que la combinación del apoyo comunitario (GALM) y el apoyo familiar (pareja) puede ser más efectiva que depender de un solo factor de apoyo.

Investigaciones mencionadas previamente (42) (145) (149) (176) han sugerido que el rol de la pareja es crucial en el mantenimiento de la LM, no solo por el apoyo emocional

sino también por el respaldo práctico que estos le proporcionan a la madre, el apoyo brindado por los GALM a las madres constituye un espacio de confianza donde exponer sus dudas, problemas y expresar sus emociones durante el proceso de iniciación de la LM, entre otros beneficios. Esto resalta la importancia de integrar tanto el apoyo comunitario como el familiar en las intervenciones dirigidas a promover y prolongar la LM.

Asimismo, la consulta con la matrona del CDS mostró una notable significación estadística con un valor de $p = 0,007$, y su interacción con el apoyo del GALM también fue significativa ($p = 0,012$), aunque el GALM por sí solo no lo fue en este caso. Esto revela que la interacción entre diferentes tipos de apoyo, tanto de índole profesional como comunitario, puede ser esencial para prolongar la LM en el tiempo. Estudios científicos (189) (192), respaldan la idea de que las matronas sobre todo aquellas que trabajan en los CDS, por su cercanía y accesibilidad pueden desempeñar un papel clave en la orientación y soporte a las madres durante la LM completando de manera individual el trabajo que realizan de manera grupal los GALM.

De igual manera, la relación por pares entre la consulta al GALM y la presencia de mujeres amamantando en el entorno también reveló resultados significativos, con el GALM mostrando un valor $p = 0,008$. Aunque la presencia de otras mujeres lactantes no fue significativa por sí sola, la combinación de ambas variables sí lo fue. Esto sugiere que el compartir con otras mujeres amamantando, en conjunto con el apoyo estructurado del GALM, puede fortalecer la confianza de las madres en su capacidad para continuar con la LM, principalmente porque en los grupos de apoyo las madres encuentran las experiencias de otras madres que están en plena lactancia o que ya lo hicieron anteriormente. Estas, como madres expertas y quienes les ayudan a creer que la LM es posible, bajo la guía de madres expertas, así como lo hacen las asesoras

de LM o matronas que contribuyen con su conocimiento en la resolución de problemas, he allí que se mencione al GALM como un tipo de apoyo estructurado, dentro y para la comunidad.

El anterior hallazgo se alinea con algunos estudios contenidos en una revisión sistemática y metaanálisis realizado por Shakya et al., (193) que indican que el apoyo de pares y la normalización de la LM en el entorno social son factores que influyen en el mantenimiento prolongado de la LM.

En la relación entre la consulta a la matrona del CDS y el apoyo proporcionado por la madre de la mujer lactante, los resultados son interesantes. Aunque el apoyo de la madre de la mujer lactante por sí sola no mostró una significación estadística ($p = 0,984$), en la relación con la consulta a la matrona del CDS, esta última sí resultó estadísticamente significativa ($p = 0,012$) y la combinación de ambas variables alcanzó significación estadística ($p = 0,020$). En una revisión sistemática sobre la influencia de las abuelas en las tasas de LM, realizado por Negrín et al., (174) se encontró evidencia que demuestra que las abuelas, sobre todo aquellas que tienen una actitud positiva frente a la LM, tienen la capacidad de influir en la LME por lo que los programas que buscan influir en la LME, tal vez deberían incluir a las abuelas en asociación con las consultas a las matronas y sus intervenciones para lograr el máximo impacto (194,195).

Adicionalmente, se observa un patrón similar al analizar la interacción entre la consulta a la matrona del CDS y la consulta con un profesional en maternidad. Individualmente, ninguna de estas variables mostró una relación estadísticamente significativa con la duración de la LM ($p = 0,389$ y $p = 0,983$, respectivamente). Sin embargo, la combinación de ambas variables resultó con significación estadística ($p = 0,037$), lo que refuerza la idea de que un enfoque multifacético, que incluya apoyo tanto de la

matrona como de otros profesionales de la salud, puede ser relevante para extender la duración de la LM.

Estos hallazgos resaltan la importancia de un enfoque integral que combine el soporte profesional que involucre y eduque a los miembros de la familia que dan apoyo a la madre lactante, (196) especialmente en contextos donde las madres pueden estar enfrentando dificultades y desafíos para mantener la LM. Es posible que la combinación de estos apoyos cree un ambiente más favorable para la LM, permitiendo a las madres superar obstáculos que podrían no ser abordados de manera efectiva por un solo tipo de estos. Se destaca así la importancia de las estrategias de intervención que integren múltiples factores o fuentes de apoyo en la promoción de la LM las cuales pueden ser más efectivas para sostenerla que cualquiera de estos apoyos usados de manera aislada (197-200).

H) Variable de Satisfacción y sostenimiento de la LM.

Se ha considerado relevante presentar los resultados relacionados con la satisfacción de las madres en la muestra del OE2, que incluyó a 185 madres, en razón de que es parte de las dimensiones contenidas dentro del cuestionario que se utilizó para realizar la investigación, con lo cual se completa el objetivo para el cual se usa el cuestionario impacto de las redes de apoyo a la LM.

Sin embargo a diferencia del OE3 en donde se evalúan los resultados de todas las afirmaciones relacionadas con la satisfacción de las intervenciones virtuales por parte del GALM, en este cierre final del OE2, se discute específicamente los datos vinculados a la afirmación "Me siento satisfecha tras contar con el profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que he acudido", (correspondiente a la séptima afirmación de la pregunta número 36 de la escala Likert), y su relación con el tipo de lactancia, duración y continuidad de la LM.

Este análisis comparativo permitió profundizar en la relación entre la satisfacción percibida y el sostenimiento de la lactancia, aportando una visión complementaria y relevante para entender el efecto del apoyo recibido en el sostenimiento de la LM, en un contexto de crisis sanitaria.

La asociación significativa entre la satisfacción y el tipo de lactancia predominante hasta los seis meses ($p < 0,01$) sugiere que las madres que se sintieron satisfechas con el apoyo recibido fueron más propensas a mantener la LME hasta los 6 meses de edad, tal y como lo recomienda la OMS (1, 2). Además, la satisfacción también estuvo significativamente asociada con la duración de la LM ($p = 0,046$) y la continuidad de la LM ($p < 0,01$).

Esto concuerda con estudios previos que identifican a la satisfacción materna como un factor determinante para el mantenimiento de esta (201, 202).

En general, el análisis detallado de las variables de apoyo familiar y comunitario realizado en esta investigación y en otros estudios consultados y referenciados mostró que, elementos tales como el apoyo de la pareja, la consulta con el médico de familia, el respaldo del personal sanitario, en especial el papel de la matrona, los GALM y la satisfacción de la madre con el apoyo recibido, son fundamentales para prolongar y mantener la LM (148) (153) (155) (187) (203).

6.3. Satisfacción de las madres con las intervenciones en línea de un GALM y su efecto en el sostenimiento de la LM, en tiempos de confinamiento y medidas de restricción por la pandemia de COVID-19.

El presente análisis tiene como objetivo evaluar el nivel de satisfacción de las madres con la intervención recibida por parte del GALM, durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. Este contexto excepcional generó desafíos adicionales para las madres lactantes, quienes tuvieron que adaptarse a nuevas modalidades de

apoyo, principalmente virtuales, ofrecidas por algunas redes de apoyo que ofrecieron el soporte, entre los que destacan los GALM, que desempeñaron un papel fundamental en brindar apoyo y orientación a las madres, en un contexto de aislamiento social y con limitaciones en el acceso a recursos presenciales, por lo que brindaron un apoyo de tipo virtual.

En esta investigación se pretendió evaluar la satisfacción percibida por las madres ante estas intervenciones a los fines de identificar tanto fortalezas como acciones de mejora que puedan ser implementadas en futuros escenarios de crisis similares o bien en la vida cotidiana ya recuperada como una diversificación de las opciones de apoyo continuo brindado a las madres para el sostenimiento de la LM, a continuación se expone un análisis detallado de los datos obtenidos sobre la satisfacción de las madres con estas intervenciones y su relación con el sostenimiento de la LM.

6.3.1. Variables sociodemográficas.

La muestra estuvo conformada por 176 madres que participaron en el GALM durante el confinamiento. La mayoría de las madres tenía entre 36 y 45 años (55,68%), seguidas por aquellas entre 26 y 35 años (43,18%). La mayoría eran de nacionalidad española (89,77%), y un 78,4% contaba con estudios universitarios. En cuanto a la situación laboral, el 52,28% de las madres estaban trabajando al momento de la encuesta, mientras que el 25% estaban de baja laboral y el 22,72% no trabajaban. Además, la mayoría de las madres (81,25%) tenía un solo hijo, y los lactantes se distribuían principalmente en el rango de edad de 3 a 11 meses (67,61%).

Las características sociodemográficas de esta muestra son similares a las ya analizadas y discutidas en el apartado correspondiente al OE2, con diferencias mínimas en los porcentajes y frecuencias. La mayor diferencia observable está en el nivel educativo, donde la muestra del OE2, tiene una proporción ligeramente mayor

de madres con estudios superiores. No obstante, en términos generales, no hay diferencias muy marcadas que indiquen un perfil sociodemográfico diferente entre ambas muestras, por lo tanto, no se analizará nuevamente, ya que ha sido previamente abordada y contextualizada en la sección correspondiente del apartado anterior.

6.3.2. Análisis descriptivo de los resultados de satisfacción.

Los datos muestran un alto nivel de satisfacción de las madres con las intervenciones el GALM. La mayoría de las respuestas se concentran en las categorías de "De acuerdo" y "Totalmente de acuerdo", con porcentajes superiores al 80% en varias afirmaciones de la pregunta tipo Likert. La afirmación "Me parece necesario el servicio de apoyo" obtuvo el mayor nivel de acuerdo, con un 84,65%, seguida de "Lo recomendaría a cualquier familiar o amigo" y "Me gustaría disponer de más servicios de apoyo", con un 84,09% y un 81,25%; respectivamente en "Totalmente de acuerdo". Estos resultados reflejan la importancia de la disponibilidad de este tipo de apoyo y la confianza que genera en las madres, evidenciada en el deseo de recomendar el servicio a familiares y amigos, lo que sugiere que las madres tienden a recomendar servicios que les generan satisfacción o agrado. En un estudio realizado por Ahmed y Roumani (203), se destacó que el monitoreo de la lactancia mejora significativamente la autoeficacia materna y la satisfacción, lo que a su vez impacta positivamente en el sostenimiento de la LM. Las madres que reciben apoyo continuo y monitoreo en el proceso, tienden a sentirse más seguras y satisfechas, lo que prolonga la duración de la lactancia. Este apoyo es necesario para superar los desafíos iniciales y mantener la LME durante los primeros meses.

La afirmación con el menor nivel de satisfacción fue "El tiempo empleado me pareció suficiente", con un 41,47% de respuestas en "Totalmente de acuerdo". Le siguen "Me

han ayudado a resolver mis problemas con la LM" y "Me favoreció la solución al problema o decidir continuar con la LM por más tiempo", con un 53,97% y un 65,34% en "Totalmente de acuerdo", respectivamente. Estos resultados, aunque reflejan una tendencia general hacia la alta satisfacción con el apoyo recibido, también indican áreas de insatisfacción relacionadas principalmente con la percepción del tiempo de atención y la efectividad en la resolución de problemas con la LM. En un estudio realizado por Sasitara et al., (204) se resaltó la importancia de ofrecer un apoyo psicológico constante a las madres lactantes y promover un entorno favorable de atención a las demandas, sobre todo emocionales, relacionadas con la intención de amamantar y la ansiedad, debido a que estas situaciones influyeron directamente en el éxito y la duración de la LM.

La insatisfacción observada podría estar relacionada con una percepción de que el tiempo dedicado a las intervenciones no es suficiente para abordar adecuadamente las necesidades individuales de las madres. Esto sugiere que, aunque el apoyo brindado es valioso, existe una demanda no satisfecha en cuanto a la personalización y profundidad del acompañamiento, lo cual podría ser importante para la resolución efectiva de problemas y asegurar la continuidad de la LM. La mejora de la duración y calidad del tiempo de atención, así como el de un enfoque personalizado en la resolución de problemas, podría incrementar la satisfacción general de las madres y fortalecer el impacto del apoyo proporcionado.

El análisis de los datos sobre el nivel de satisfacción percibida por las madres, en función de la puntuación de satisfacción, reveló que la gran mayoría de estas se sintieron muy satisfechas con el apoyo recibido. De las 176 madres encuestadas, el 87,5% se clasificaron en la categoría de "Muy satisfecha", mientras que un 7,96% se

ubicó en la categoría de "Satisfecha". Esto indica que el 95,46% de las madres valoraron positivamente la atención recibida por parte del GALM.

En contraste, una minoría significativa mostró algún grado de insatisfacción: el 3,4% se clasificó como "Insatisfecha" y el 1,14% como "Muy insatisfecha". Aunque estos porcentajes son bajos, destacan la existencia de un pequeño grupo de madres cuyas expectativas no fueron completamente cubiertas.

Por otro lado, en cuanto a la estadística descriptiva, se evidenció que la media de satisfacción general fue de 40,54 puntos sobre un máximo de 45, con una desviación estándar de 5,85 lo que muestra que, si bien la mayoría está satisfecha, hay algunos resultados que se desvían bastante de esa satisfacción promedio, lo que podría indicar áreas que requieren mejoras para satisfacer a aquellas madres que no alcanzan los niveles más altos de satisfacción.

En función del análisis de las puntuaciones de las medias y la desviación estándar e las puntuaciones en cada una de las afirmaciones relacionadas con la satisfacción y el apoyo por parte del GALM, se muestra una visión clara sobre la percepción de las madres. La afirmación "Me siento satisfecha" presenta una media de 4,506 con una desviación estándar de 0,907 lo que indica una alta satisfacción, con poca variabilidad en las respuestas. Comparada con la media máxima ("Me parece necesario el servicio de apoyo" 4,756) y la mínima ("El tiempo empleado me pareció suficiente" 4,097), la satisfacción está bien posicionada, pero no es la más alta. La afirmación "Me siento apoyada y escuchada" comparte la misma media de 4,506, pero con una desviación estándar ligeramente menor (0,901), lo que sugiere respuestas más consistentes en cuanto a la percepción de apoyo.

En general, aunque la satisfacción es alta, hay áreas donde se podría mejorar la consistencia según la experiencia de la madre, como se refleja en la variabilidad de las respuestas.

Las madres que participaron en esta investigación valoraron muy positivamente el apoyo recibido durante la pandemia. Esto subraya la efectividad de las intervenciones del GALM, particularmente las de tipo virtual, en un contexto tan desafiante como el confinamiento por el COVID-19.

Estos resultados concuerdan con estudios realizados sobre los efectos de las intervenciones virtuales para el sostenimiento de la LM, tal es el caso de una revisión sistemática y metaanálisis realizado por Gavine et al., (205) cuyos resultados de la investigación destacaron que el apoyo a la LM brindado a distancia redujo significativamente el riesgo de que las mujeres abandonaran la LME a los 3 meses. En este estudio los autores incluyeron la satisfacción materna con la LM, definida como el cumplimiento de los deseos, expectativas o necesidades maternas al proporcionar LM a su bebé, el placer derivado de esto que puede tener más importancia para las mujeres, lo cual puede favorecer la duración y la exclusividad de la misma. Esas intervenciones tendieron a demostrar efectos positivos en la LM, lo que sugiere que el apoyo remoto es preferible a no recibir apoyo, aunque destacaron la importancia de recibir el apoyo preferiblemente de manera presencial.

Oggero y Wardell (206), en su estudio sobre los cambios en la LME y la satisfacción materna durante la pandemia de COVID-19, se centraron en las adaptaciones que tanto las madres como los GALM tuvieron que implementar durante la crisis. Estos subrayaron la importancia de un apoyo constante y flexible para sostener la LME en circunstancias excepcionales. Además, el uso de intervenciones virtuales a través de

plataformas digitales se asoció positivamente con una mayor satisfacción materna y una mejora en la continuidad de la lactancia.

Otros estudios realizados, en relación con los cambios inducidos por la pandemia en la atención a las madres lactando, refirieron que, varios factores afectaron el apoyo a la LM incluyendo la separación entre madre e hijo, la falta de contacto piel con piel, el apoyo insuficiente, el uso de intervenciones de apoyo a la lactancia en línea, y los temores generados por la pandemia, así como la necesidad de un mayor soporte (207). Aunque en el principio la pandemia tuvo un impacto negativo en el apoyo a la lactancia, sobre todo por los profesionales del área de la salud, algunas madres reportaron una experiencia positiva debido al confinamiento, ya que las protegía de visitas no deseadas y podían tener acceso a una asistencia a distancia, porque se implementó el apoyo virtual en muchos contextos, sin embargo, en este estudio tanto los profesionales como las madres señalaron que no era un sustituto adecuado para el apoyo presencial (208, 209).

En un estudio realizado por Sakalidis et al., (210) sobre la LM durante el COVID-19, los autores destacaron que una atención innovadora y adaptada para dar apoyo a la LM, que incluyera servicios holísticos perinatales, de salud mental y de apoyo social, tanto digitales como presenciales, ayudaría significativamente a las madres a seguir amamantando.

En ese mismo orden de ideas, un estudio realizado en Barcelona España realizado por Quifer et al., (211) sobre el impacto de la pandemia COVID-19 en las consultas de LM en la aplicación móvil LactApp, como una solución para el apoyo a la LM, llegó a la conclusión de que LactApp fue una herramienta valiosa para proporcionar apoyo a la LM cuando las mujeres no podían acceder a la ayuda adecuada por otros medios.

Los resultados de estos estudios concuerdan con una expresión manifestada por una madre participante de esta investigación, quien, en una de las preguntas abiertas sobre los problemas de la LM respondió lo siguiente: “Con la pandemia no podía acudir a algún sitio para que me ayudaran, estaba todo muy limitado, pero de manera virtual el grupo de Amamanta y la enfermera experta en LM de mi centro de salud, fueron las que me ayudaron a seguir y estoy muy agradecida.” Y con los resultados de esta investigación que reportan una alta satisfacción con las intervenciones virtuales del GALM en el apoyo a la LM.

En otro estudio realizado en España por Gonzáles y Ortiz (212), indicó que el apoyo virtual puede ser tan efectivo como el presencial para mantener la LM, siempre que esté bien estructurado y accesible, puesto que supone una oportunidad para explorar las necesidades, acumular experiencias, así como aumentar la duración de la LME hasta los 6 meses, aprovechando las tecnologías de la información y la comunicación. Tal ha sido el caso del GALM Amamanta, el cual ya ha sido mencionado anteriormente en este trabajo de investigación.

Los hallazgos de este trabajo destacan la elevada satisfacción con el servicio de apoyo manifestado por parte de las madres encuestadas, subrayando el importante papel que este desempeñó en la resolución de problemas, aclarando dudas y estimulando el mantenimiento de la LM. Esto refuerza la importancia de mantener y fortalecer dichos grupos de apoyo, incluso más allá del contexto de la pandemia. La evidencia sugiere que el fortalecimiento de las redes de apoyo y la adaptación a servicios híbridos (presenciales y virtuales) podrían mejorar aún más los resultados en salud materno-infantil, asegurando un acceso más amplio y eficaz a las madres que requieren asistencia (213).

6.3.3. Asociación entre satisfacción y el sostenimiento de la LM, durante la pandemia por COVID-19.

El análisis de la satisfacción de las madres con las intervenciones del GALM y su asociación con las variables relacionadas con el sostenimiento de la LM, revela hallazgos significativos que resaltaron la importancia del apoyo percibido y su incidencia en los tres componentes del sostenimiento de la LM: tipo de lactancia, la duración y la continuidad de la LM.

Satisfacción y tipo de lactancia: los datos obtenidos a través de la prueba de Chi cuadrado muestran una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción expresada por las madres y el tipo de lactancia mantenido hasta los seis meses del lactante, en 8 de las 9 afirmaciones evaluadas. Esto indica que una mayor satisfacción con el apoyo recibido está asociada con la práctica de la LME durante los primeros seis meses.

Este hallazgo es coherente con un estudio realizado por Bizon et al., (214) quienes afirman que la satisfacción materna con el apoyo a la lactancia puede influir en la decisión de mantener la LME, de tal manera que, entre las mujeres con niveles de satisfacción más bajos, el riesgo de interrupción de la LME es más elevado en comparación con las mujeres que mostraron niveles de satisfacción más altos, quienes sostuvieron la LME hasta los 6 meses y continúan con la LM a pesar de iniciar la alimentación complementaria a esa edad en el lactante.

Sin embargo, la afirmación "Me gustaría disponer de más servicios de apoyo" no mostró una asociación significativa con el tipo de lactancia, lo que podría indicar que, si bien las madres valoran los servicios de apoyo adicionales, estos no son un factor determinante en la elección del tipo de lactancia. Este resultado podría sugerir que las

madres que ya están satisfechas con el nivel de apoyo existente, no consideran necesario un aumento en los servicios para mantener la LME.

Satisfacción y duración de la LM: la relación entre la satisfacción percibida y la duración de la LM ha sido ampliamente documentada en la literatura, incluyendo el estudio realizado por Ericson et al., (215) quienes concluyeron que las madres que perciben un apoyo adecuado, tanto en términos de tiempo como de efectividad (ayuda para resolver el problema), tienden a extender la LM más allá del período inicial de seis meses recomendado por la OMS. Este hallazgo es congruente con los resultados obtenidos en nuestro análisis, donde se encontró que una percepción positiva del apoyo recibido fue un factor clave en la duración de la LM.

El análisis ANOVA reveló que dos afirmaciones sobre la satisfacción materna mostraron una relación significativa con la duración de la LM. En particular, el apoyo del GALM jugó un papel clave en la resolución de problemas y en la decisión de prolongar la LM más allá de lo esperado ($p = 0,003$). Además, aunque la afirmación acerca del tiempo dedicado a la atención obtuvo una menor puntuación media, esta se asoció significativamente con la duración de la LM ($p = 0,010$).

Estos resultados destacan la necesidad de intervenciones que no solo sean efectivas, sino que también sean percibidas como completas y satisfactorias en términos de tiempo invertido, lo cual es esencial para prolongar la LM y mejorar la experiencia materna.

Satisfacción y continuidad de la LM: de manera similar a lo observado en la asociación entre la satisfacción con el tipo de lactancia, la continuidad de la LM también mostró una fuerte asociación con la satisfacción percibida en 8 de las 9 afirmaciones, según los resultados del Chi cuadrado. Esto refuerza la idea de que la satisfacción con el apoyo recibido es un factor clave para la continuidad de la LM, más

allá del tipo de lactancia practicada. Sin embargo, al igual que con el tipo de lactancia, la afirmación relacionada con la necesidad de más servicios de apoyo no mostró una asociación significativa, lo que podría indicar que la satisfacción con los servicios actuales es suficiente para asegurar la continuidad de la LM.

Los resultados sugieren que la satisfacción materna con el apoyo recibido durante la LM fue un factor preponderante en la determinación del tipo de lactancia, la duración y la continuidad de la misma (216, 217).

Las madres que se sienten apoyadas y valoradas son más propensas a mantener la LME y a prolongar la lactancia por más tiempo (218). Estos hallazgos destacan la importancia de fortalecer los servicios de apoyo a la LM, centrándose no solo en la calidad del apoyo, sino también en la percepción del tiempo y la suficiencia de la atención brindada. El hecho de que la demanda de más servicios no esté asociada con una mayor satisfacción o mejores resultados de LM sugiere que la calidad y la adecuación en las mejoras de los servicios actuales son más importantes que un incremento en la cantidad de los mismos. Estos resultados proporcionan una base sólida para la mejora continua de los programas de apoyo a la LM y destacan la necesidad de enfoques personalizados que respondan a las expectativas y necesidades específicas de las madres.

Los resultados obtenidos en esta investigación corroboran la relevancia de los GALM en tiempos de crisis, y sugieren que, con algunas mejoras en la accesibilidad y duración de las intervenciones, estos programas pueden seguir siendo un recurso vital para las madres lactantes.

7. CONCLUSIONES.

En relación a la disponibilidad de cuestionarios validados en español para investigación en LM se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Existen diversos instrumentos para investigar la LM, pero solo 9 cuestionarios cumplieron con los estándares de validación necesarios para garantizar mediciones precisas.
2. La traducción y adaptación cultural de estos cuestionarios siguió métodos estandarizados, asegurando su validez en español.
3. El uso de cuestionarios validados en investigación mejora la fiabilidad de los datos y la calidad de los resultados. Estos cuestionarios ayudan a identificar y abordar problemas en el proceso de la LM, tanto en madres como en profesionales de salud, facilitando intervenciones oportunas.
4. Se recomienda una revisión continua de nuevos cuestionarios validados para disponer de herramientas actualizadas y efectivas en la investigación de LM.

En referencia a los factores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyeron en el sostenimiento de la LM, se obtuvieron las siguientes conclusiones

1. Las madres de 26 a 45 años, con estudios superiores, estabilidad económica y apoyo de su pareja, especialmente con un solo hijo, tuvieron mayor probabilidad de sostener la LM.
2. Un alto porcentaje de las madres (98,4%) enfrentaron dificultades, evidenciando la necesidad de apoyo continuo, sobre todo durante la primera semana de la lactancia.

3. El apoyo de la pareja, los GALM y las matronas fueron clave en el éxito de la LM.
4. La consulta del médico de familia, aunque poco consultado (4,3%), mostró una asociación significativa con la continuidad y el tipo de lactancia, lo cual resalta su importancia como variable de apoyo pocas veces considerada.
5. La combinación de apoyo familiar y comunitario influyó positivamente en la duración de la lactancia, resaltando la importancia de un enfoque integral y combinado.
6. La pandemia presentó desafíos para las madres, pero el teletrabajo permitió a muchas madres mantener la LM en casa.

En cuanto a la satisfacción de las madres en relación con las intervenciones en línea de un GALM, y su efecto en el mantenimiento y duración de la LM, en tiempos de confinamiento y medidas de restricción por la pandemia por COVID-19, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Las madres encuestadas mostraron alto nivel de satisfacción con las intervenciones virtuales del GALM, destacando su efectividad para fomentar y sostener la LM, incluso en crisis como la pandemia.
2. Las más satisfechas con este apoyo tuvieron mayor probabilidad de mantener la LME hasta los seis meses y prolongarla, resaltando la importancia de un apoyo de calidad para cumplir las recomendaciones de la OMS en relación a la lactancia.

8. CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES.

Desde la perspectiva de la TGS, los diferentes niveles de apoyo funcionan como un sistema integrado que favorece el éxito de la LM. En el microsistema se sitúan el apoyo de la pareja y familiares; en el mesosistema, los GALM y profesionales de salud implicados en el proceso; y en el macrosistema, las políticas nacionales e internacionales y los valores sociales. Este modelo permite entender a la LM como un proceso optimizado por la interacción de múltiples niveles de apoyo.

Los hallazgos de esta investigación destacan el rol fundamental del apoyo combinado entre los factores familiares y comunitarios en la LM lo cual, no solamente valida la hipótesis alternativa planteada inicialmente, sino que aportan información sobre cuáles fueron los factores específicos que, combinados, tuvieron mayores efectos en el sostenimiento de la LM. El 91,9% de las madres reportaron respaldo de sus parejas, quienes actuaron facilitando el descanso y confianza en la madre necesarios para la LM, convirtieron la díada madre-hijo en una triada madre-padre-hijo, más completa y fortalecedora para el proceso de instauración y sostenimiento de la LM, y más aún si la madre recibe asistencia adicional del GALM. También se evidenció la importancia del apoyo materno: el 71,5% de las madres contó con el respaldo de sus propias madres, el cual se asocia de manera más efectiva si la abuela recibe instrucción de parte de la matrona, mostrando que la experiencia y la influencia de la familia inmediata son clave para la práctica de la LM. El 74,1% de las madres identificó al GALM como un recurso comunitario fundamental, seguido por la matrona, por lo que el acompañamiento grupal combinado con otros protagonistas del proceso, refuerza el sostenimiento de la LM.

El GALM Amamanta adaptó sus actividades al entorno virtual, durante la pandemia por COVID-19, brindando apoyo continuado y superando las limitaciones del

confinamiento. La evaluación de su intervención mostró un alto nivel de satisfacción en las madres usuarias: el 95,46% valoraron positivamente el servicio, con un 87,5% indicando sentirse "Muy satisfechas". Las afirmaciones "Me parece necesario el servicio de apoyo" y "Lo recomendaría a cualquier familiar o amigo" alcanzaron los mayores niveles de acuerdo, con más del 84% en "Totalmente de acuerdo". Estos resultados reflejan la confianza generada por Amamanta en sus usuarias, demostrando que su modelo es una estrategia eficaz y altamente valorada por las madres, ideal para servir como referencia en futuros programas de apoyo en lactancia. Es importante señalar que, aunque los resultados reflejan las relaciones estadísticas observadas, el contexto de la pandemia y el confinamiento pudo haber acentuado la percepción de apoyo entre las madres. Este factor contextual no resta validez a los hallazgos, pero debe considerarse en la interpretación, ya que puede haber amplificado el rol del GALM y el respaldo virtual en la experiencia de las madres durante este período particular. Sería interesante replicar esta investigación en el contexto actual de normalidad, donde el GALM ofrece un apoyo híbrido, combinando modalidades virtuales y presenciales que ya han sido retomadas en su totalidad. Finalmente cabe destacar que el fomento y sostenimiento de la LM se alinea con algunos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la agenda 2030 de la ONU, como el fin de la pobreza (ODS 1), poner fin al hambre (ODS 2), en salud y bienestar (ODS 3) y en igualdad de género (ODS 5), promoviendo un entorno de apoyo integral para la madre y el niño y un consumo sostenible y responsable (ODS 12).

Recomendaciones:

Se recomienda promover en los GALM existentes estrategias estructuradas y colaborativas en las cuales se integren no solo madres lactantes, sino también sus

parejas, abuelas, y profesionales de salud, especialmente a las matronas, para conformar un sistema de soporte integral y efectivo. La colaboración de instituciones como la IHAN y AELAMA sería clave para invitar a estos grupos a participar voluntariamente, mediante estudios piloto en las distintas provincias de España, incorporando elementos del modelo de Amamanta, en sus estrategias de apoyo a las madres y familias. Esta implementación permitiría evaluar la efectividad y la replicabilidad del modelo, con miras a consolidarlo como base de futuras políticas públicas nacionales e internacionales de apoyo a la LM, que se encuentran alineadas a los ODS de la agenda 2030 de la ONU antes mencionados, para hacer de nuestro planeta un lugar cada vez más humano y sustentable.

Desde el punto de vista investigativo se recomienda continuar este estudio en otro nivel de análisis, particularmente el multivariado, conducente a la formulación de un constructo o un modelo estructural a partir de los factores identificados en esta investigación, que permita mapear la relación entre varias variables en simultáneo y cuantificar la intensidad de esa relación, su dirección, así como detallar condiciones bajo las cuales se realiza la relación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. lactancia materna [Internet]. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int>
2. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int>
3. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth*. 2010;23(4):135–145. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002>
4. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la LM. *Rev Fac Med*. 2015;63(2):217-27. doi: 10.15446/revfacmed.v63n2.44051.
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
6. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):96-113. doi: 10.1111/apa.13102.
7. 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?. *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
8. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015;3(4): e199-205. doi: 10.1016/S2214-109X (15)70002-1.
9. 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. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):30-7. doi: 10.1111/apa.13133.
10. Horta BL, Rollins N, Dias MS, Garcez V, Pérez-Escamilla R. Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and later overweight or obesity expands on previous study for World Health Organization. *Acta Paediatr*. 2023;112(1):34-41. doi: 10.1111/apa.16460.
11. Lyons KE, Ryan CA, Dempsey EM, Ross RP, Stanton C. Breast milk, a source of beneficial microbes and associated benefits for infant health. *Nutrients*. 2020;12(4):1039.
12. Qiao J, Dai L, Zhang Q, Ouyang Y. A meta-analysis of the association between breastfeeding and early childhood obesity. *J Pediatr Nurs*. 2020; 53:57-66. doi: 10.1016/j.pedn.2020.04.024.
13. Owen C, Martin R, Whincup P, Smith G, Cook D. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics*. 2005; 115:1367-1377. doi:10.1542/peds.2004-1176.
14. Dewey K, Güngör D, Donovan S, Madan E, Venkatramanan S, Davis T, et al. Breastfeeding and risk of overweight in childhood and beyond: a systematic review with emphasis on sibling-pair and intervention studies. *Am J Clin Nutr*. 2021. doi:10.1093/ajcn/nqab206.
15. Victora C, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387:475-490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
16. Pattison K, Kraschnewski J, Lehman E, Savage J, Downs D, Leonard K, et al. Breastfeeding initiation and duration and child health outcomes in the First Baby Study. *Prev Med*. 2019;118:1-6. doi:

10.1016/j.jpmed.2018.09.020.

17. Bai Y, Alsaïdi M. Sustainable breastfeeding: a state-of-the-art review. *J Hum Lact.* 2023;8903344231216094. doi:10.1177/08903344231216094.
18. Zielinska M, Hamulka J. Protective effect of breastfeeding on the adverse health effects induced by air pollution: current evidence and possible mechanisms. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16:4181. doi:10.3390/ijerph16214181.
19. Mohapatra I, Samantaray S. Breastfeeding and environmental consciousness: a narrative review of environmental implications and potential contributions to reduce waste and energy consumption. *Cureus.* 2023;15. doi:10.7759/cureus.45878.
20. Karlsson JO, Garnett T, Rollins NC, Rööf E. The carbon footprint of breastmilk substitutes in comparison with breastfeeding. *J Clean Prod.* 2019; 222:436-445
21. Andresen EC, Hjelkrem AG, Bakken AK, Andersen LF. Environmental impact of feeding with infant formula in comparison with breastfeeding. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(11):6397. doi:10.3390/ijerph19116397.
22. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia materna: de la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
23. Brown CR, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenik S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health.* 2014;105(3):e179-85. doi: 10.17269/cjph.105.4244.
24. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics.* 2008;122 Suppl 2:S69-76. doi: 10.1542/peds.2008-1315i.
25. Atchan M, Foureur M, Davis D. The decision not to initiate breastfeeding--women's reasons, attitudes and influencing factors--a review of the literature. *Breastfeed Rev.* 2011;19(2):9-17.
26. Gilmour C, Hall H, McIntyre M, Gillies L, Harrison B. Factors associated with early breastfeeding cessation in Frankston, Victoria: a descriptive study. *Breastfeed Rev.* 2009;17(2):13-9.
27. García AC, Blanco LG. Causas de abandono de la lactancia materna. Revisión de la literatura. *Nuberos Científica.* 2015;3(17):53-8.
28. Wallwiener S, Müller M, Doster A, Plewniok K, Wallwiener C, Fluhr H, Feller S, Brucker S, Wallwiener M, Reck C. Predictors of poor breastfeeding initiation and maintenance in a diverse sample: What matters?. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;294(3):455-466. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3994-5>
29. Instituto Nacional de Estadística. Determinantes de salud [Internet]. Madrid: INE; 2018. Disponible en: <https://goo.gl/4ohUi6>
30. Martín-Ramos S, Domínguez-Aurrecoechea B, García Vera C, Lorente García Mauriño AM, Sánchez Almeida E, Solís-Sánchez G. lactancia materna en España y factores relacionados con su instauración y mantenimiento: estudio LAyDI (PAPenRed). *Aten Primaria.* 2024;56(1):102772. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102772.
31. Theurich MA, Davanzo R, Busck-Rasmussen M, Díaz-Gómez NM, Brennan C, Kylberg E, et al. Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;68(3):400-7. doi: 10.1097/MPG.0000000000002234.
32. UNICEF. En todo el mundo, 77 millones de recién nacidos no reciben leche materna en su primera hora de vida [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/en-todo-el-mundo-77-millones-de-reci%C3%A9n-nacidos-no-reciben-leche-materna-en-su>
33. Ohaja M, Murphy-Lawless J, Dunlea M. Midwives' views of traditional birth attendants within formal healthcare in Nigeria. *Women Birth.* 2020. doi: 10.1016/j.wombi.2019.01.005.
34. Reid A. Birth attendants and midwifery practice in early twentieth-century Derbyshire. *Soc Hist Med.*

- 2011;25:380-399. doi:10.1093/shm/hkr138.
35. Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabudere H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017. doi:10.1002/14651858.CD011558.pub2.
 36. Mulenga T, Moono M, MwendaFilumba M, Manasyan A, Sharma A. Home deliveries in the capital: a qualitative exploration of barriers to institutional deliveries in peri-urban areas of Lusaka, Zambia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:205. doi:10.1186/s12884-018-1837-7.
 37. UNICEF. Breastfeeding: A Mother's Gift for Every Child [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.unicef.org/media/48046/file/UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf
 38. Ríos VAD, Santillán MÁL. Teoría General de Sistemas, un enfoque práctico. *Tecnociencia Chihuahua*. 2016;10(3):125-32.
 39. Espinal I, Gimeno A, González F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Rev Int Sist*. 2006;14(4):21-34.
 40. Santiago PR. La familia, el padre y la lactancia materna. *Gac Med Caracas*. 2021;129:S659-64. doi: 10.47307/GMC.2021.129.s3.20.
 41. Zhao ZH, Huang YY, Qiao J, Huang WP, Redding SR, Wang R, et al. Co-Parenting Impact on Breastfeeding: Systematic Review and Meta-Analysis. *Breastfeed Med*. 2023;18(6):431-8. doi: 10.1089/bfm.2022.0237.
 42. Davidson EL, Ollerton RL. Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: An integrative review. *Women Birth*. 2020;33(1):e15-23. doi: 10.1016/j.wombi.2019.05.010.
 43. Mitchell-Box KM, Braun KL. Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. *J Hum Lact*. 2013;29(4):473-9.
 44. Rodríguez-Vazquez R, Jiménez-Fernández R, Corral-Liria I, Cabrera-Fernandez S, Losa-Iglesias ME, Becerro-de-Bengoa-Vallejo R. Intergenerational Transmissible Meanings in Breastfeeding in Spain: A Phenomenological Study. *J Pediatr Nurs*. 2020;51:e108-14. doi: 10.1016/j.pedn.2019.12.017.
 45. Ngoenthong P, Sansiripun N, Fongkaew W, Chaloumsuk N. Integrative Review of Fathers' Perspectives on Breastfeeding Support. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2020;49(1):16-26. doi: 10.1016/j.jogn.2019.09.005.
 46. Pakilaran G, Rasni H, Rosyidi MNK, Wijaya D. Family Support on Exclusive Breastfeeding in Babies Aged 0-6 Months in Indonesia: Literature Review. *NHSJ*. 2022;2(2):104-7.
 47. Ballesta-Castillejos A, Gómez-Salgado J, Rodríguez-Almagro J, et al. Factors that influence mothers' prenatal decision to breastfeed in Spain. *Int Breastfeed J*. 2020;15:97. doi: 10.1186/s13006-020-00341-5.
 48. Morse H, Brown A. The benefits, challenges and impacts of accessing social media group support for breastfeeding: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2022;18(4):e13399. doi:10.1111/mcn.13399.
 49. Baño-Piñero I, Martínez-Roche ME, Canteras-Jordana M, Carrillo-García C, Orenes-Piñero E. Impact of support networks for breastfeeding: A multicentre study. *Women Birth*. 2018;31(4):e239-44.
 50. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2(2):CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5
 51. Fewtrell M, Bandsma RH, Baur L, Duggan CP, Dumrongwongsiri O, Hojsak I, et al. Role of Pediatricians in Promoting and Supporting Breastfeeding: A Position Paper of the International Pediatric Association Strategic Advisory Group on Infant, Child, and Adolescent Nutrition. *Ann Nutr Metab*. 2023;79(6):469-75. doi: 10.1159/000534004.
 52. Fernández-Vegue MG, Menéndez Orenga M. Encuesta nacional sobre conocimientos de lactancia

- materna de los residentes de pediatría en España. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;93:e201908060.
53. 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*. 2016;12(3):402-17. doi: 10.1111/mcn.12294.
 54. Baerg K, Smith-Fehr J, Marko J, Loewy A, Farrukh JB, Olson T. Learning needs of family physicians, pediatricians, and obstetricians to support breastfeeding and inform physician education. *Can Med Educ J*. 2021;12(6):55-61. doi: 10.36834/cmej.70049.
 55. Sandhi A, Nguyen CTT, Lin-Lewry M, Lee GT, Kuo SY. Effectiveness of breastfeeding educational interventions to improve breastfeeding knowledge, attitudes, and skills among nursing, midwifery, and medical students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2023.;126. 105813.
 56. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact*. 2017;33(3):486-99. doi: 10.1177/0890334417707957.
 57. Beake S, Bick D, Narracott C, Chang YS. Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2017;13(4): e12390. doi: 10.1111/mcn.12390.
 58. Ministerio de Sanidad. Otras disposiciones. Boletín Oficial del Estado. 2023; 216:123949-59. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-19182
 59. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño: proyecto de Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: informe del director general (No. A34/8). Ginebra: OMS; 1981.
 60. Cortes Generales del Reino de España. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado. 2010.
 61. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
 62. Ganho-Ávila A, Guiomar R, Sobral M, Pacheco F, Caparros-Gonzalez RA, Diaz-Louzao C, et al. The impact of COVID-19 on breastfeeding rates: An international cross-sectional study. *Midwifery*. 2023; 120:103631. doi: 10.1016/j.midw.2023.103631.
 63. Brown A, Shenker N. Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support. *Matern Child Nutr*. 2021;17(1): e13088.
 64. Mallada PL, Díaz-Gómez NM, Romero MC, Martín LSF, Guiu CG. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la lactancia y cuidados al nacimiento. Importancia de recuperar las buenas prácticas. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94(9):7.
 65. Blackmore A, Howell B, Romme K, Gao Z, Nguyen H, Allwood Newhook LA, Twells L. The effectiveness of virtual lactation support: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Lact*. 2022;38(3):452-65.
 66. Cabral CS, Cavalcanti DS, Barbosa JM, Vasconcelos ACCP, Vianna RPDT. Inserción de un grupo virtual en la red social de apoyo a la lactancia materna exclusiva de mujeres después de recibir el alta del hospital. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2020;24.
 67. Zapata DEM, Sosa GRA. Maternidades contemporáneas y redes sociales virtuales: "No era la única que estaba pasando por eso". *Trabajo Social*. 2021;23(1):225-48.
 68. Manobanda Yanzapanta BT. Tratamiento de la información en la red social digital Facebook sobre la lactancia materna [Tesis de licenciatura]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2020.
 69. Almohanna AA, Win KT, Meedya S. Efectividad de las intervenciones de tecnología electrónica basadas en Internet sobre los resultados de la lactancia materna: revisión sistemática. *J Med Internet Res*. 2020;22(5):e17361.

70. Amamanta. Grupo de apoyo a la lactancia [Internet]. Disponible en: <https://amamanta.es/home/>
71. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) [Internet]. Grupos de apoyo. Disponible en: <https://www.ihan.es/grupos-apoyo/>
72. Amamanta. La lactancia materna en pandemia. Lecciones aprendidas y retos para el futuro [Internet]. 2021. Disponible en: <https://amamanta.es/2021/04/webinar-ihan-lactancia-materna-en-pandemia-lecciones-aprendidas-y-retos-para-el-futuro/>
73. De Rodríguez GD, Laredo S, Soriano JM. Cuestionarios validados en español para la investigación en lactancia materna: Una revisión sistemática. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2022;42(2).
74. Linares-Espinós E, Hernández V, Domínguez-Escrig JL, Fernández-Pello S, Hevia V, Mayor J, et al. Methodology of a systematic review. *Actas Urol Esp*. 2018;42(8):499-506. doi: 10.1016/j.acuro.2018.01.010.
75. Sataloff RT, Bush ML, Chandra R, Chepeha D, Rotenberg B, Fisher EW, et al. Systematic and other reviews: criteria and complexities. *J Laryngol Otol*. 2021;135(7):565-7. doi: 10.1017/S0022215121001730.
76. Baño Piñero I, Canteras Jordana M, Carrillo García C, López Araez A, Martínez Roche ME. Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna. *Nutr Hosp*. 2015;31(4):1525-32.
77. Hamui-Sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investig Educ Méd*. 2013;2(8):211-6.
78. Moscoso JN. Los métodos mixtos en la investigación en educación: hacia un uso reflexivo. *Cadernos Pesqui*. 2017; 47:632-49.
79. Harrison RL, Reilly TM, Creswell JW. Rigor metodológico en métodos mixtos: una aplicación en estudios de gestión. *J Mix Methods Res*. 2020;14(4):473-95.
80. Condori-Ojeda P. Universo, población y muestra [Internet]. Taller presentado. 2020 [citado 2023/07/21]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/cporfirio/18.pdf>
81. Hutton B, Salanti G, Caldwell DM, Chaimani A, Schmid CH, Cameron C, et al. The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: checklist and explanations. *Ann Intern Med*. 2015;162(11):777-84. doi: 10.7326/M14-2389.
82. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*. 2021;18(3). doi: 10.1371/journal.pmed.1003583.
83. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1):57-66.
84. Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Prof*. 2004;5(17):23-9.
85. Aguilar-Navarro HJ, Coronado-Castilleja A, Gómez-Hernández OJ, Cobos-Aguilar H. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. *Acta Pediatr Mex*. 2016;37(3):149-58.
86. Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Pozo Ayuso M, 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):205-9.
87. Pol-Pons A, Mercè Aubanell-Serra S, Vidal M, Ojeda-Ciurana I, Martí-Lluch R, Ponjoan A. Breast feeding basic competence in primary care: Development and validation of the CAPA questionnaire. *Midwifery*. 2016; 42:87-92.
88. Fernández-Vegue MG, Orenga MM. Development and validation of a Breastfeeding Knowledge and Skills Questionnaire. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2015;83(6):387-96.
89. Bermejo RM, Parra-Hidalgo P, Oliver-Roig A, Hidalgo MD, Arellano-Morata C, García-de-León-González

- R. Development and assessment of a questionnaire to study protection, promotion, and support of breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(2):166-79.
90. Muñiz CL, Sánchez JLC, Castanedo SH, del Río EC, Sota SM, de Adana Herrero MS. ECoLaE: validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna para enfermería. *Aten Primaria*. 2020;52(6):373-80.
 91. Oliver-Roig A, d'Anglade-González ML, García-García B, Silva-Tubio JR, Richart-Martínez M, Dennis CL. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(2):169-73.
 92. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999;22(5):399-409.
 93. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(6):734-44.
 94. Piñeiro-Albero RM, Ramos-Pichardo JD, Oliver-Roig A, Velandrino-Nicolás A, Richart-Martínez M, García-de-León-González R, et al. The Spanish version of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(10):1385-90.
 95. Wells KJ, Thompson NJ, Kloeblen-Tarver AS. Development and psychometric testing of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale. *Am J Health Behav*. 2006;30(2):177-87.
 96. Tomás-Almarcha R, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M. Reliability and validity of the reduced Spanish version of the Iowa infant feeding attitude scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(5):e26-40.
 97. Mora ADL, Russell DW, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L. The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity. *J Appl Soc Psychol*. 1999;29(11):2362-80.
 98. Jácome Á, Jiménez R. Validación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *Pediatría*. 2014;47(4):77-82.
 99. Bai Y, Peng CYJ, Fly AD. Validation of a short questionnaire to assess mothers' perception of workplace breastfeeding support. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(7):1221-5.
 100. Leon-Larios F, Pinero-Pinto E, Arnedillo-Sanchez S, Ruiz-Ferron C, Casado-Mejia R, Benitez-Lugo M. Female employees' perception of breastfeeding-friendly support in a public university in Spain. *Public Health Nurs*. 2019;36(3):370-8.
 101. Saus-Ortega C, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M, Mulder P, Cabrero-García J. Validation of the Spanish version of the beginning breastfeeding survey-cumulative: A follow-up study. *J Hum Lact*. 2019;35(4):672-82.
 102. Mulder PJ, Johnson TS. The beginning breastfeeding survey: Measuring mothers' perceptions of breastfeeding effectiveness during the postpartum hospitalization. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):329-44.
 103. Krug K, Wensing M. Development and Validation of Questionnaires in Health Services Research. In: *Foundations of Health Services Research: Principles, Methods, and Topics*. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 139-52.
 104. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53-5. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
 105. Vilar-Compte M, Hernández-Cordero S, Ancira-Moreno M, Burrola-Méndez S, Ferre-Eguiluz I, Omaña I, et al. Breastfeeding at the workplace: a systematic review of interventions to improve workplace environments to facilitate breastfeeding among working women. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):110. doi: 10.1186/s12939-021-01432-3.
 106. Wagg A, Callanan M, Hassett A. Online social support group use by breastfeeding mothers: A content analysis. *Heliyon*. 2019;5. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e01245.
 107. Urrutia Egaña M, Barrios Araya S, Gutiérrez Núñez M, Mayorga Camus M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educ Med Super*. 2014;28(3):547-58.

108. Escribano S, Tomás-Almarcha R, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M, Juliá-Sanchis R. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale in Fathers. *J Hum Lact*. 2023;39(3):406-14. doi: 10.1177/08903344231175870.
109. Beatty PC, Collins D, Kaye L, Padilla JL, Willis GB, Wilmot A, editors. *Advances in questionnaire design, development, evaluation and testing*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2019.
110. Rositas Martínez J. Los tamaños de las muestras en encuestas de las ciencias sociales y su repercusión en la generación del conocimiento. *Innov Bus*. 2014;11(22):235-68.
111. Dennis CL, McQueen K, Dol J, Brown H, Beck C, Shorey S. Psychometrics of the breastfeeding self-efficacy scale and short form: a systematic review. *BMC Public Health*. 2024;24(1):637. doi: 10.1186/s12889-024-17805-6.
112. Marco Alegría TD, Martínez Martínez D, Muñoz Gómez MJ, Sayas Ortiz I, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M. Valores de referencia españoles para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la lactancia materna BSES-SF. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37(2):203-11.
113. Balaguer Martínez JV, Gatell Carbó A, Biosca Pàmies M, Canadell Villare D, Giribet Folch M, Caubet Busquet I. Capacidad predictiva para la lactancia y determinación del mejor punto de corte de la escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. *Pediatr Aten Primaria*. 2020;22:27.
114. Chambers JA, McInnes RJ, Hoddinott P, Alder EM. A systematic review of measures assessing mothers' knowledge, attitudes, confidence and satisfaction towards breastfeeding. *Breastfeed Rev*. 2007;15(3):17-25.
115. González Pascual JL, Aguilar Ortega JM, Esteban Gonzalo L, Mesa Leiva C, Pérez García S, Cardenete Reyes C. Comparison of attitudes to breastfeeding among Spanish-born and Chinese-born postpartum women in Madrid. *Int Breastfeed J*. 2018;13:45.
116. Joshi, A., Trout, K. E., Aguirre, T., & Wilhelm, S. (2014). Exploration of factors influencing initiation and continuation of breastfeeding among Hispanic women living in rural settings: a multi-methods study. *Rural and remote health*, 14(3), 2955.
117. Cotelo MDC, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Novío S. Infant feeding attitudes and practices of Spanish low-risk expectant women using the IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale). *Nutrients*. 2018;10(4):520.
118. Vereá-Nuñez C, Novoa-Macineiras N, Suarez-Casal A, Vazquez-Lago JM. Factors Associated with Exclusive Breastfeeding during Admission to a Baby-Friendly Hospital Initiative Hospital: A Cross-Sectional Study in Spain. *Nutrients*. 2024;16(11):1679. doi: 10.3390/nu16111679.
119. Quifer-Rada P, Aguilar-Camprubí L, Gómez-Sebastià I, Padró-Arocas A, Mena-Tudela D. Spanish version of the mHealth app usability questionnaire (MAUQ) and adaptation to breastfeeding support apps. *Int J Med Inform*. 2023 Jun;174:105062. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2023.105062. Epub 2023 Mar 30. PMID: 37037124.
120. Valero-Chillerón MJ, Vila-Candel R, Mena-Tudela D, Soriano-Vidal FJ, González-Chordá VM, Andreu-Pejo L, et al. Development and Validation of the Breastfeeding Literacy Assessment Instrument (BLAI) for Obstetric Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 21;20(5):3808. doi: 10.3390/ijerph20053808. PMID: 36900817; PMCID: PMC10000890.
121. Balaguer-Martínez JV, Esquivel-Ojeda JN, Valcarce-Pérez I, Ciriza-Barea E, García-Sotro C, López-Santiveri A, et al. Translation to Spanish and validation of a scale for the observation of breastfeeding: The Bristol Breastfeeding Assessment Tool. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2022 Apr;96(4):286-93. doi: 10.1016/j.anpede.2021.04.009. Epub 2022 Apr 16. PMID: 35440425.
122. Ballesta-Castillejos A, Gómez-Salgado J, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. Development and validation of a predictive model of exclusive breastfeeding at hospital discharge: Retrospective cohort

- study. *Int J Nurs Stud*. 2021 May; 117:103898. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103898. Epub 2021 Feb 7. PMID: 33636452.
123. Escribano S, Herrero-Oliver R, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M. Psychometric properties of the maternal breastfeeding evaluation scale: a confirmatory factor analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024 Jul 18;24(1):486. doi: 10.1186/s12884-024-06693-8. PMID: 39026186; PMCID: PMC11264472.
 124. ResearchGate. Cuestionarios validados en español para investigación en lactancia materna. [Internet]. [citado 2024 Jul 27]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/search.Search.html?query=Cuestionarios+validados+en+espa%C3%B1ol+para+investigacion+en+lactancia+materna+&type=publication>
 125. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49:91. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005971.
 126. Sebastian RA, Coronado E, Otero MD, McKinney CR, Ramos MM. Associations Between Maternity Care Practices and 2-Month Breastfeeding Duration Vary by Race, Ethnicity, and Acculturation. *Matern Child Health J*. 2019;23(6):858-867. doi: 10.1007/s10995-018-02711-2.
 127. Aguilar-Ortega J, González-Pascual J, Cardenete-Reyes C, Pérez-de-Algaba-Cuenca C, Pérez-García S, Esteban-Gonzalo L. Adherence to initial exclusive breastfeeding among Chinese born and native Spanish mothers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19:1-9. doi: 10.1186/s12884-018-2161-y.
 128. Iglesias-Rosado B, Leon-Larios F. Breastfeeding experiences of Latina migrants living in Spain: a qualitative descriptive study. *Int Breastfeed J*. 2021;16:76. doi: 10.1186/s13006-021-00423-y.
 129. Neves, P., Barros, A., Gatica-Domínguez, G., Vaz, J., Baker, P., & Lutter, C. (2021). Maternal education and equity in breastfeeding: trends and patterns in 81 low- and middle-income countries between 2000 and 2019. *International Journal for Equity in Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01357-3>
 130. Laksono A, Wulandari R, Ibad M, Kusriani I. The effects of mother's education on achieving exclusive breastfeeding in Indonesia. *BMC Public Health*. 2021;21:1-6. doi: 10.1186/s12889-020-10018-7.
 131. Kirwin MA, Ettinger AK. Working Mothers During COVID-19: A Cross-Sectional Study of Mental Health Status and Associations with Receipt of Workplace Benefits. *BMC Public Health*. 2022;22:435. doi: 10.1186/s12889-021-12468-z.
 132. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Población Activa [Internet]. 2024 [citado 28 Jul 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925463013&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
 133. Mangrio E, Persson K, Bramhagen AC. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(2):451-465. doi: 10.1111/scs.12489.
 134. Feenstra MM, Kirkeby MJ, Thygesen M, Danbjørg DB, Kronborg H. Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sex Reprod Healthc*. 2018;16:167-174. doi: 10.1016/j.srhc.2018.04.003.
 135. Gianni M, Bettinelli M, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, Cavallaro G, Raffaelli G, Crippa B, Colombo L, Morniroli D, Liotto N, Roggero P, Villamor E, Marchisio P, Mosca F. Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients*. 2019;11(10):2266. doi:10.3390/nu11102266.
 136. Feldman-Winter L, Kellams A, Peter-Wohl S, Taylor JS, Lee KG, Terrell MJ, et al. Evidence-based updates on the first week of exclusive breastfeeding among infants ≥35 weeks. *Pediatrics*. 2020;145(4).
 137. González-Darías A, Díaz-Gómez N, Rodríguez-Martín S, Hernández-Pérez C, Aguirre-Jaime A. 'Apoyar a una madre primeriza': Evaluación del éxito de un programa de promoción de la lactancia materna.

- Midwifery. 2020;85:102687. doi: 10.1016/j.midw.2020.102687
138. Morrison A, Gentry R, Anderson J. Mothers' Reasons for Early Breastfeeding Cessation. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2019. doi:10.1097/NMC.0000000000000566
 139. Doherty T, Sanders D, Jackson D, Swanevelder S, Lombard C, Zembe W, Chopra M, Goga A, Colvin M, Fadnes L, Engebretsen I, Ekström E, Tylleskär T. Early cessation of breastfeeding amongst women in South Africa: an area needing urgent attention to improve child health. *BMC Pediatr*. 2012;12:105. doi:10.1186/1471-2431-12-105.
 140. Odom E, Li R, Scanlon K, Perrine C, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*. 2013;131. doi:10.1542/peds.2012-1295.
 141. Hornsby P, Gurka K, Conaway M, Kellams A. Reasons for early cessation of breastfeeding among women with low income. *Breastfeed Med*. 2019. doi:10.1089/bfm.2018.0206.
 142. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;(5):CD001141. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub4>
 143. Aker M, Gönenç I, Korucu A, Çalbayram N. Mothers' experiences of tandem breastfeeding: A phenomenological study. *Am J Perinatol*. 2022. doi: 10.1055/a-2033-0031.
 144. Vázquez R, Díaz A, Fernández R, Liria I. Exploring tandem breastfeeding motivations via self-determination theory: An interpretative phenomenological study. *J Hum Lact*. 2023;39:468-77. doi: 10.1177/08903344231166910.
 145. Mannion C, Hobbs A, McDonald S, Tough S. Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2013;8:4. doi: 10.1186/1746-4358-8-4.
 146. Johnson K, Slauson-Blevins K. "Perfectly supportive in theory...": Women's perceptions of partner support while breastfeeding. *J Soc Pers Relat*. 2022;39:2869-89. doi: 10.1177/02654075221090185
 147. Ogbo F, Akombi B, Ahmed K, Rwabilimbo A, Ogbo A, Uwaibi N, et al. Breastfeeding in the community—how can partners/fathers help? A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17. doi: 10.3390/ijerph17020413
 148. Abbass-Dick J, Brown H, Jackson K, Rempel L, Dennis C. Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery*. 2019;75:41-51. doi: 10.1016/j.midw.2019.04.001.
 149. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Peinado-Molina RA, Martínez-Galiano JM. Determinants and Factors Associated with the Maintenance of Exclusive Breastfeeding after Hospital Discharge after Birth. **Healthcare (Basel)*. 2022;10(4):733. doi:10.3390/healthcare10040733.
 150. Ekström A, Widström A, Nissen E. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth*. 2003;30(4):261-6. doi: 10.1046/J.1523-536X.2003.00256.X.
 151. Britton C, McCormick F, Renfrew M, Wade A, King S. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1) doi: 10.1002/14651858.CD001141.PUB3.
 152. Ingram J, Rosser J, Jackson D. Breastfeeding peer supporters and a community support group: evaluating their effectiveness. *Matern Child Nutr*. 2005;1(2):111-8. doi: 10.1111/j.1740-8709.2005.00005.x.
 153. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka M. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs*. 2008;17(9):1132-43. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02239.x.
 154. Sikorski J, Renfrew M, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2003;17(4):407-17. <https://doi.org/10.1046/J.1365-3016.2003.00512.X>
 155. Menichini D, Zambri F, Govoni L, Ricchi A, Infante R, Palmieri E, et al. Promoción y apoyo a la lactancia materna: un estudio de mejora de la calidad. *Ann Ist Super Sanita*. 2021;57(2):161-166. doi: 10.4415/ANN_21_02_08.

156. Nelson JM, Perrine CG, Scanlon KS, et al. Provision of non-breast milk supplements to healthy breastfed newborns in U.S. hospitals, 2009 to 2013. *Matern Child Health J.* 2016;20(11):2228-2232. doi: 10.1007/s10995-016-2095-9.
157. Goudoever J, Spatz D, Hoban R, Dumitriu D, Gyamfi-Bannerman C, Berns M, McKechnie L, Davanzo R. Updating clinical practices to promote and protect human milk and breastfeeding in a COVID-19 era. *Front Pediatr.* 2022; 10:867540. doi: 10.3389/fped.2022.867540.
158. González-Berrocal P, Ortiz-Rodríguez I. Influence of a virtual educational intervention on the maintenance of exclusive breastfeeding during the Covid-19 pandemic. *Enfermería Cuidándote.* 2022. doi: 10.51326/ec.5.1.7444797.
159. Koleilat M, Whaley S, Clapp C. The impact of COVID-19 on breastfeeding rates in a low-income population. *Breastfeed Med.* 2021. doi: 10.1089/bfm.2021.0238.
160. Quinn E, Gallagher L, Vries J. A qualitative exploration of breastfeeding support groups in Ireland from the women's perspectives. *Midwifery.* 2019;78:71-77. doi: 10.1016/j.midw.2019.08.001.
161. Rodríguez-Gallego I, Leon-Larios F, Corrales-Gutiérrez I, González-Sanz J. Impact and Effectiveness of Group Strategies for Supporting Breastfeeding after Birth: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(5):2550. doi: 10.3390/ijerph18052550
162. Lee Y, Chang G, Chang H. Effects of education and support groups organized by IBCLCs in early postpartum on breastfeeding. *Midwifery.* 2019; 75:5-11. doi: 10.1016/j.midw.2019.03.023.
163. Swerts M, Westhof E, Bogaerts A, Lemiengre J. Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: A systematic review of the literature. *Midwifery.* 2016; 37:32-40. doi: 10.1016/j.midw.2016.02.016.
164. Wallenborn JT, Ihongbe T, Rozario S, Masho SW. Knowledge of breastfeeding recommendations and breastfeeding duration: a survival analysis on infant feeding practices II. *Breastfeed Med.* 2017;12(3):156-62.
165. Kim S, Park S, Oh J, Kim J, Ahn S. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud.* 2018; 80:94-105. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004.
166. Chesnel M, Healy M, McNeill J. Experiences that influence how trained providers support women with breastfeeding: A systematic review of qualitative evidence. *PLoS ONE.* 2022;17. doi: 10.1371/journal.pone.0275608.
167. Gavine A, Shinwell SC, Buchanan P, Farre A, Wade A, Lynn F, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;10(10):CD001141. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub6.
168. Matthews TJ, Hamilton BE. Educational attainment of mothers aged 25 and over: United States, 2017. *NCHS Data Brief.* 2019;(332):1-8
169. Falster K, Hanly M, Banks E, Lynch J, Chambers G, Brownell M, et al. Maternal age and offspring developmental vulnerability at age five: A population-based cohort study of Australian children. *PLoS Med.* 2018;15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002558>.
170. Gebreegziabher E, Bountogo M, Sié A, Zakane A, Compaoré G, Ouedraogo T, et al. Influence of maternal age on birth and infant outcomes at 6 months: a cohort study with quantitative bias analysis. *Int J Epidemiol.* 2023;52(2):414-425. <https://doi.org/10.1093/ije/dyac236>
171. Van Rossem I, Oenema A, Steegers EA, Moll HA, Jaddoe VW, Hofman A, et al. ¿Are starting and continuing breastfeeding related to educational background? The Generation R Study. *Pediatrics.* 2009;123(6) doi:10.1542/peds.2008-2663.

172. Santana GS, Giugliani ERJ, Vieira TO, Vieira GO. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: A systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94(2):104-122. doi:10.1016/j.jpeds.2017.06.013.
173. Lyons GC, Kay MC, Duke NN, Bian A, Schildcrout JS, Perrin EM, et al. Social Support and Breastfeeding Outcomes Among a Racially and Ethnically Diverse Population. *Am J Prev Med*. 2023;64(3):352-360. doi:10.1016/j.amepre.2022.10.002
174. Merten S, Wyss C, Ackermann-Liebrich U. Caesarean sections and breastfeeding initiation among migrants in Switzerland. *Int J Public Health*. 2007;52(4):210-222. doi:10.1007/s00038-007-6035-8.
175. Zhao J, Zhao Y, Du M, Binns CW, Lee AH. Maternal education and breastfeeding practices in China: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2017;50:62-71. doi:10.1016/j.midw.2017.03.011.
176. Al Namir HM, Brady AM, Gallagher L. Fathers and breastfeeding: Attitudes, involvement and support. *Br J Midwifery*. 2017;25(7):426-40.
177. Ickes SB, Oddo VM, Sanders HK, Nduati R, Denno DM, Myhre JA, et al. Formal maternal employment is associated with lower odds of exclusive breastfeeding by 14 weeks postpartum: a cross-sectional survey in Naivasha, Kenya. *Am J Clin Nutr*. 2021;113(3):562-573. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa351>.
178. Frenoy P, Vandentorren S, Arnaud A, Vuillermoz C, Rico Berrocal R, Martin-Fernandez J, et al. Demographic, socioeconomic, and sociocultural factors associated with any breastfeeding in homeless mothers. *Matern Child Nutr*. 2021;17(3):e13167
179. Campos AP, Hawkins SS. The association between maternal employment and breastfeeding duration with household income in Mexico. *J Hum Lact*. 2022;38(4):749-759. doi:10.1177/08903344211072495.
180. Gielen AC, Faden RR, O'Campo P, Brown CH, Paige DM. Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breast-feeding. *Pediatrics*. 1991;87(3):298-305.
181. Noble S; ALSPAC Study Team. Maternal employment and the initiation of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 2001;90(4):423-428. <https://doi.org/10.1080/08035250121419>.
182. Chuang CH, Chang PJ, Chen YC, Hsieh WS, Hung BS, Lin SJ, et al. Maternal return to work and breastfeeding: a population-based cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(4):461-474. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.003>.
183. Kavle JA, LaCroix E, Dau H, Engmann C. Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries: a systematic review and programmatic implications. *Public Health Nutr*. 2017;20(17):3120–3134. doi:10.1017/S1368980017002531.
184. Iskandar A, Stefani M. The Effect of Exclusive Breastfeeding Methods on Working Mothers with WFH on the Nutritional Status of Babies During the COVID-19 Pandemic: Pengaruh Metode Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Bekerja secara WFH terhadap Status Gizi Bayi Masa Pandemi COVID-19. *Amerta Nutr*. 2022;6(1SP):226-234. doi:10.20473/amnt.v6i1SP.2022.226-234.
185. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo [Guidance on breastfeeding in primary health care and the association with exclusive breastfeeding]. *Cien Saude Colet*. 2018;23(4):1077-1088. doi: 10.1590/1413-81232018234.10752016
186. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 2005;115(2). doi:10.1542/peds.2004-1362.
187. Bengough T, Dawson S, Cheng HL, McFadden A, Gavine A, Rees R, et al. Factors that influence women's engagement with breastfeeding support: A qualitative evidence synthesis. *Matern Child Nutr*. 2022;18(4).

doi:10.1111/mcn.13405

188. Permatasari TAE, Sudiartini NW. ¿Do health workers play a role in exclusive breastfeeding among working mothers in industrial area? *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo)*. 2020;66(Suppl) <https://doi.org/10.3177/jnsv.66.S94>.
189. Dagla M, Mrvoljak-Theodoropoulou I, Vogiatzoglou M, Giamalidou A, Tsolaridou E, Mavrou M, et al. Association between breastfeeding duration and long-term midwife-led support and psychosocial support: results from a non-randomized controlled Greek perinatal health intervention. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18. doi:10.3390/ijerph18041988.
190. Negin J, Coffman J, Vizintin P, et al. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16:91. doi: 10.1186/s12884-016-0880-5.
191. Dias de Oliveira L, Justo Giugliani ER, Córdova do Espírito Santo L, Meirelles Nunes L. Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Nutr J*. 2014; 13:73. doi: 10.1186/1475-2891-13-73
192. Winterburn S, Jiwa M, Thompson J. Maternal grandmothers and support for breastfeeding. *J Community Nurs*. 2003; 17:4-9.
193. Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, Rai SS, Miyaguchi M, Dhakal S, et al. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(5). doi: 10.1371/journal.pone.0177434.
194. Ramli R, Jama F, Taqiyah Y. Grandmother's social support in exclusive breastfeeding motivation. *J Aisyah J Ilmu Kesehatan*. 2021; 6:85-88. doi: 10.30604/jika. v6iS1.766.
195. Bernie K. (2014). 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. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 9(3), 161–165. <https://doi.org/10.1089/bfm.2013.0120>
196. Chang YS, Li KMC, Li KYC, Beake S, Lok KYW, Bick D. Relatively speaking? Partners' and family members' views and experiences of supporting breastfeeding: a systematic review of qualitative evidence. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2021;376(1827):20200033. doi:10.1098/rstb.2020.0033
197. Awosemusi Y, Keenan-Devlin L, Martinez NG, Yee LM, Borders AEB. The role of clinic-based breastfeeding peer counseling on breastfeeding rates among low-income patients. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):312. doi: 10.1186/s12884-024-06395-1
198. De Oliveira MI, Camacho LA, Souza IE. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1901-10. doi: 10.1590/s0102-311x2005000600040.
199. Zukiswa TD, Ntombana MR. "The kind of support that matters to exclusive breastfeeding" a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 feb 9;21(1):119.
200. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women Birth*. 2010;23(4):135-145.
201. Kumar A, Prasad R. Maternal Satisfaction Through Breastfeeding: An empirical study. *J Health Med Nurs*. 2021; 95:08. <https://doi.org/10.7176/jhmn/95-08>.
202. de Senna AFK, Giugliani C, Avilla J, et al. Maternal satisfaction with breastfeeding in the first month postpartum and associated factors. *Int Breastfeed J*. 2020;15(1):72. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00312-w>
203. Ahmed A, Roumani A. Breastfeeding Monitoring Improves Maternal Self-Efficacy and Satisfaction. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000658>.
204. Sasitara N, Patil CL, Prasong S, Kuesakul K, Sudphet M. Exploring the Association between

- Socioeconomic and Psychological Factors and Breastfeeding in the First Year of Life during the COVID-19 Pandemic in Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1).
205. Gavine A, Marshall J, Buchanan P, et al. Remote provision of breastfeeding support and education: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2022;18(2):e13296. doi:10.1111/mcn.13296.
206. Oggero MK, Wardell DW. Changes in Breastfeeding Exclusivity and Satisfaction During the COVID-19 Pandemic. *J Hum Lact*. 2022;38(3):433-442. doi:10.1177/08903344221086974
207. Muñoz-Amat B, Pallás-Alonso C, Hernández-Aguilar M. Good practices in perinatal care and breastfeeding protection during the first wave of the COVID-19 pandemic: a national situation analysis among BFHI maternity hospitals in Spain. *Int Breastfeed J*. 2021; 16:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00407-y>
208. Lubbe W, Niela-Vilén H, Thomson G, Botha E. Impact of the COVID-19 Pandemic on Breastfeeding Support Services and Women's Experiences of Breastfeeding: A Review. *Int J Womens Health*. 2022; 14:1447-1457. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S342754>
209. Ceulemans M, Verbakel J, Van Calsteren K, Eerdekens A, Allegaert K, Foulon V. SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6766. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186766>.
210. Sakalidis V, Perrella S, Prosser S, Geddes D. Breastfeeding in a COVID-19 world. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2022; 25:188-194. <https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000821>.
211. Quifer-Rada P, Aguilar-Camprubí L, Padró-Arocas A, Gómez-Sebastià I, Mena-Tudela D. Impact of COVID-19 Pandemic in Breastfeeding Consultations on LactApp, an m-Health Solution for Breastfeeding Support. *Telemed J E Health*. 2022. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0586>.
212. González-Berrocal P, Ortiz-Rodríguez I. Influencia de una intervención educativa virtual sobre el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante la pandemia de Covid-19. *Enfermería Cuidándote*. 2022;5(1):2-13
213. Badr H, Alghamdi S. Breastfeeding Experience among Mothers during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(8):4535. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19084535>.
214. Bizon AMBL, Giugliani C, Giugliani ERJ. Women's Satisfaction with Breastfeeding and Risk of Exclusive Breastfeeding Interruption. *Nutrients*. 2023; 15(24):5062. <https://doi.org/10.3390/nu15245062>
215. Ericson J, Lampa E, Flacking R. Breastfeeding satisfaction post hospital discharge and associated factors – a longitudinal cohort study of mothers of preterm infants. *Int Breastfeed J*. 2021;16(1):28. doi:10.1186/s13006-021-00374-4
216. Bengough T, Dawson S, Cheng H, McFadden A, Gavine A, Rees R, Sacks E, Hannes K. Factors that influence women's engagement with breastfeeding support: A qualitative evidence synthesis. *Matern Child Nutr*. 2022;18 doi: 10.1111/mcn.13405
217. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. An exploration of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact*. 2003;19(2):145-56
218. Hongo H, Nanishi K, Shibamura A, Jimba M. ¿Is maternal breastfeeding support in maternity hospitals associated with breastfeeding satisfaction among Japanese mothers? *Matern Child Health J*. 2015;19(6):1252-62. doi: 10.1007/s10995-014-1630-x.

ANEXOS

ANEXO 1

AUTORIZACIÓN FAVORABLE DE LA COMISIÓN DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
EXPERIMENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA, PARA LA REALIZACIÓN
DEL PROYECTO DE TESIS DOCTORAL.

El comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comitè d'Ètica d'Investigació en Humans , en la reunió celebrada el dia , una vez estudiado el proyecto de tesis doctoral : *"El sistema familiar y comunitario y su influencia en el proceso de sostenimiento de la lactancia materna, durante el estado de alarma en la pandemia por COVID 19. "* , con número de registro1648199 .

Cuyo/a responsable es D/Dña.

GLADYS TERESA DUQUE DE RODRIGUEZ , dirigida por D/Dña. JOSE MIGUEL SORIANO DEL CASTILLO

ha acordado informar favorablemente el mismo.

Y para que conste, se firma el presente certificado

Av. Blasco Ibáñez, 13 tel: 963864109 vicerec.investigacio@uv.es
València 46010 fax: 963983221 www.uv.es/serinves

Firmado digitalmente por
PEDRO JESUS PEREZ ZAFRILLA
Cargo: Presidente del Comité de Ética de la Investigación en Humanos
Fecha: 06/06/2021 18:05:48 CEST



ANEXO 2

SOLICITUD DE COLABORACIÓN AL GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA
MATERNA AMAMANTA PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.



COLABORACIÓN CON ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Amamanta dentro de sus objetivos de apoyar la investigación y el conocimiento en lactancia materna, se ofrece a colaborar con estudios de investigación facilitando el acceso de los mismos a las madres que asisten a los talleres de lactancia vinculados a Amamanta.

Para ello se establecen unas BASES DE COLABORACIÓN:

La entidad o profesional que realiza el estudio debe contactar con Amamanta, escribiendo un correo electrónico a la dirección: secretaria@amamanta.es. En dicho correo deberá presentarse, indicar para quien trabaja o investiga, la finalidad del estudio, los datos o muestras que necesita recabar y la forma de obtenerlos, además deberá enviar cumplimentado y firmado el acuerdo de colaboración que se anexa.

Si el órgano representante de Amamanta lo considera viable le dará respuesta y facilitará el contacto con la persona que hará las funciones de intermediación entre el investigador y las madres de los talleres de lactancia que participen en el estudio.

El objetivo de la investigación ha de estar relacionado con la lactancia materna.

En la presentación de resultados, deberá constar la colaboración de Amamanta en la recogida de datos.

Amamanta NO realizará colaboraciones con aquellas empresas, entidades o estudios que reciban financiación total o parcial de empresas dedicadas a la leche de fórmula o a los preparados infantiles.

ACUERDO DE COLABORACIÓN CON AMAMANTA GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

Dña. **Gladys Duque de Rodríguez** como responsable del proyecto de investigación **Diagnóstico de las posibles causas de la cesación temprana de la LM**, asociado a la **Universidad de Valencia. Doctorado en Endocrinología y Nutrición de la Facultad de Medicina**, solicito la colaboración de forma altruista de la asociación sin ánimo de lucro a **Amamanta grupo de apoyo a la lactancia materna**, para colaborar con la investigación que estamos realizando que lleva por título:

El sistema familiar y comunitario y su influencia en el proceso de sostenimiento de la lactancia materna, en la Comunidad Valenciana, durante el estado de alarma en la pandemia por COVID-19.

Y que consiste en evaluar cualitativamente el impacto percibido por las madres asistidas por el grupo de apoyo a la LM, Amamanta, durante el estado de alarma, a través de un instrumento tipo encuesta donde se recopilaran de datos demográficos y de otra índole, en relación a edad, número de hijos, nivel de instrucción, condición laboral de la lactante y la pareja, conocimientos previos sobre lactancia, asistencia del entorno social para el apoyo a la lactancia (profesionales, madre, familiares y/o pareja) experiencias previas en relación a la lactancia y finalmente nivel de satisfacción o insatisfacción por el apoyo recibido a través de las diferentes actividades que se les facilitan a la madres, vía online, como serían los talleres sobre la lactancia, videos instructivos del canal de Amamanta y otras actividades relacionadas. Cabe destacar que se recopilarán datos que pueden ser estadísticamente interesantes para evaluar otras variables y tal vez, a través de su obtención, caracterizar la población atendida y facilitar a posteriori otros estudios.

Esta encuesta se suministrará y se pondrá a disponibilidad a través de la vía online a las madres participantes en los talleres o atendidas por las voluntarias y personal especializado que presta el apoyo, previa convocatoria e invitación a participar de manera anónima y voluntaria, por colaboración con el estudio, a través de la plataforma o página web de Amamanta, contribuyendo en la realización de un estudio piloto de evaluación de las redes de apoyo a la lactancia, a quienes vienen realizando desde hace un año por la situación de confinamiento y restricciones sociales por la pandemia COVID-19, las actividades vía online.

Para el cual, necesitamos la colaboración de parte de la comisión de investigación científica, de esta asociación sin fines de lucro, a los fines de poder hacer uso de la plataforma, para colgar la encuesta, y realizar la convocatoria para que todas aquellas que deseen participar se motiven a hacerlo, de manera que las madres tengan un fácil acceso al cuestionario antes mencionado.

Así como la emisión por parte del comité ético, de una carta con la autorización expresa y el acuerdo de prestar la colaboración para esta investigación, por parte de Amamanta, la cual deberá ser enviada por la doctoranda, a la Universidad de Valencia. Doctorado de endocrinología y nutrición, antes del día 14 de mayo del año en curso.

Por este acuerdo nos comprometemos a nombrar en el trabajo final que se presente, la colaboración de la asociación y reconocemos que nuestro estudio no recibe ningún tipo de financiación o ayuda procedente de la industria de sucedáneos de la leche y preparados alimenticios infantiles.

Y para que así conste, firmo el presente acuerdo

En Valencia a los tres días del mes de mayo del 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gladys Duque de Rodríguez', with a stylized flourish at the end.

Fdo.

Responsable de la investigación

Gladys Duque de Rodríguez

Doctoranda de la Facultad de Medicina. Endocrinología y Nutrición.

NIE Y 7481064 Y

Móvil 611662890 gladysduque714@gmail.com

ANEXO 3

CARTA DE ACEPTACIÓN DE COLABORACIÓN PARA EL TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN CON EL GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA
AMAMANTA.



JUNTA DIRECTIVA DE AMAMANTA

Con fecha 7 de mayo de 2021 se autoriza y se aprueba la colaboración de Amamanta en el proyecto de investigación de Dña. Gladys Duque de Rodríguez, titulado:

“El sistema familiar y comunitario y su influencia en el proceso de sostenimiento de la lactancia materna durante el estado de alarma en la pandemia por COVID 19.”

Este proyecto de tiene cómo propósito el Diagnóstico de las posibles causas de la cesación temprana de la LM, y está asociado a la Universidad de Valencia, Doctorado en Endocrinología y Nutrición de la Facultad de Medicina.

Pilar Abad Wang
Secretaria

AMAMANTA GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 4

CONVOCATORIA POR EL INSTAGRAM PARA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO
SOBRE EL IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA,
DURANTE LA PANDEMIA.

APOYA LA INVESTIGACIÓN EN LACTANCIA



Rellena la
encuesta

COLABORA

**Investigación sobre el
Impacto de los grupos de
apoyo a la lactancia que
facilitaron el apoyo online
durante la pandemia
(desde marzo 2020 hasta
finales del 2021.)**

Investigadora encargada

Gladys Duque

gladysdu@alumni.uv.es

gladysduque714@gmail.com

ANEXO 5

CUESTIONARIO PARA MEDIR EL IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA
LACTANCIA MATERNA.

ENCUESTA PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA LACTANCIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, en el doctorado de Endocrinología y Nutrición, estamos realizando un estudio para valorar algunas variables relacionadas con el proceso de amamantar y EL IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA, que actualmente están ofreciendo la asistencia por la vía online (talleres virtuales y consultas), o por las Redes sociales (Instagram, Facebook, Whatsapp, Twitter, etc) dadas las condiciones confinamiento y restricciones sociales, ocasionadas durante la pandemia por el COVID-19 hasta el mes de mayo 2021. Es por ello que tu participación es importante, para obtener los datos directamente de la población implicada (Madres lactantes que recibieron apoyo vía online durante el período comprendido entre el mes de marzo 2020 hasta mayo 2021) y valorar así la atención facilitada, por parte del grupo de apoyo en el que te encuentras. Por favor, contesta sinceramente a las preguntas que se formulan a continuación. La realización de este cuestionario te llevará unos minutos.

Tu colaboración es completamente ANÓNIMA, por lo que nadie podrá relacionar lo que respondas contigo y es totalmente VOLUNTARIA. Todo lo que aquí quede reflejado será tratado de forma absolutamente confidencial.

Si no deseas participar en el estudio, tu atención dentro del grupo de apoyo no cambiará de manera alguna. Para cualquier duda puedes escribir a la responsable del estudio a gladysdu@alumni.uv.es.

Te agradecemos muy sinceramente tu ayuda desinteresada.

* Indica que la pregunta es obligatoria

PROTECCIÓN DE DATOS *

☐ Sí, estoy de acuerdo a participar en el estudio

INFORMACIÓN PERSONAL

1 ¿Cuál es su edad? *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Menos de 25 años
- ☐ De 26 a 35 años
- ☐ De 36 a 45 años
- ☐ Más de 45 años

2 ¿Cuál es su nacionalidad? *

3 ¿Cuántas hijas e hijos tiene? * *Marca solo un óvalo.*

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ó más

4 ¿Cuál es su nivel de estudios? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ No tengo estudios
- ☐ Educación primaria
- ☐ Bachillerato
- ☐ Formación Profesional
- ☐ Estudios universitarios

5 actualmente usted está *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Trabajando
- ☐ De baja laboral
- ☐ No estoy trabajando en este momento

6 actualmente su pareja está *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Trabajando
- ☐ De baja laboral
- ☐ No está trabajando en este momento
- ☐ No tengo pareja

ENTORNO

7 ¿Durante el embarazo o anteriormente al mismo, pensó en dar el pecho a su bebé? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No

8. ¿Recibió o buscó algún tipo de información sobre lactancia materna durante su embarazo? (Marque tantas casillas como considere necesarias) *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ No recibí ninguna información
 - ☐ Acudí a un grupo de apoyo a la lactancia
 - ☐ No busqué ninguna información
 - ☐ Asistí a clases de preparación al parto
 - ☐ Busqué información por internet
 - ☐ Me ha informado mi enfermero/a
 - ☐ Asistí a alguna charla/debate
 - ☐ Me ha informado mi matró/a
 - ☐ He leído libros /estudios científicos
 - ☐ Me ha informado mi médico/a
 - ☐ He leído revistas/folletos
 - ☐ Me ha informado algún amigo/familiar Otro:
-

9. ¿Hay mujeres de su entorno que estén dando el pecho? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

- 10 ¿Su madre le dio el pecho? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé

11 ¿Alguien de su entorno le apoya con la lactancia? (Marque tantas casillas como considere necesarias) * *Marca solo un óvalo.*

- ☐ Mi pareja
- ☐ Mi madre
- ☐ Un familiar (que no sea ni su madre ni su pareja)
- ☐ Alguna amiga o amigo
- ☐ Profesional (es) sanitario (s)
- ☐ No me siento apoyada
- ☐ Un grupo de apoyo a la lactancia
- ☐ Otros

12 ¿Tiene en casa ayuda para las tareas del hogar? *
Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

AYUDA PROFESIONAL

13 ¿Recibió ayuda de algún profesional de paritorio/recuperación a la hora de dar el pecho? *
Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

14 ¿Recibió ayuda de algún profesional de planta (maternidad) a la hora de dar el pecho? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

15 ¿Recibió ayuda de algún profesional del centro de salud a la hora de dar el pecho? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

16 ¿En la planta de maternidad, le ofrecieron algún suplemento (suero glucosado o leche artificial) sin que se lo hubiera indicado el pediatra? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

17 ¿Ha tenido alguna duda o problema relacionado con la lactancia? (Marque tantas casillas como considere necesarias) *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ No he tenido problemas con la lactancia
- ☐ Cansancio/agotamiento
- ☐ Lactancia dolorosa
- ☐ Problemas del bebé al engancharse al pecho
- ☐ Rechazo del pecho por parte del bebé
- ☐ Problemas con la subida de la leche
- ☐ Producción excesiva de leche
- ☐ Producción insuficiente de leche
- ☐ Problemas con el peso del bebé
- ☐ Pezón plano/invertido
- ☐ Grietas en el pezón
- ☐ Obstrucción de un conducto mamario
- ☐ Congestión mamaria
- ☐ Mastitis
- ☐ Hongos
- ☐ Frenillo del bebé
- ☐ Relactación (volver a dar el pecho o pasar de lactancia mixta a exclusiva)
- ☐ Dudas sobre la calidad de mi leche
- ☐ Dudas sobre mi capacidad para dar el pecho
- ☐ Dudas sobre si mi bebé se queda con hambre
- ☐ Dudas sobre la manipulación de la leche materna
- ☐ Dudas sobre mi incorporación laboral es compatible con la lactancia
- ☐ Dudas sobre la compatibilidad de ciertos medicamentos con la lactancia
- ☐ Dudas relacionadas con la postura/técnica para amamantar

Otro:

18 ¿Cuándo empezaron a aparecer los problemas con la lactancia? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ El primer día
- ☐ Del 2º al 3º día
- ☐ De la 1ª a la 3ª semana
- ☐ Del 1º al 2º mes
- ☐ Del 3º al 6º mes
- ☐ Del 7º al 11º mes
- ☐ De 1 a 2 años
- ☐ A partir de los 2 años
- ☐ No he hecho ninguna consulta

19 ¿Cuándo hizo su primera consulta sobre lactancia a algún profesional o grupo de apoyo a la lactancia? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ el primer día del 2º al 6º día
- ☐ de la 1ra a la 3ra semana
- ☐ del 1er al 2º mes
- ☐ del 3er mes al 6º mes
- ☐ del 7º mes al 11º mes
- ☐ de 1 a 2 años
- ☐ No he hecho ninguna consulta
- ☐

20 ¿Ha consultado su duda o problema con algún profesional o servicio de apoyo a la lactancia? (Marque tantas casillas como considere necesarias) *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ No he consultado con nadie
- ☐ No he tenido problemas con la lactancia
- ☐ Sí, he ido a urgencias de mi hospital
- ☐ Sí, he consultado con profesionales de paritorio/recuperación
- ☐ Sí, he consultado con profesionales de planta (maternidad)
- ☐ Sí, he ido a la consulta de lactancia de mi hospital
- ☐ Sí, he ido a una consulta privada de lactancia
- ☐ Sí, he consultado con mi pediatra de centro de salud
- ☐ Sí, he consultado con mi médico/a de familia de centro de salud
- ☐ Sí, he consultado con mi matró/a de centro de salud
- ☐ Sí, he consultado con mi enfermero/a de centro de salud
- ☐ Sí, he ido a un grupo de apoyo a la lactancia

Otro:

21 ¿Ha consultado su duda o problema con algún (a) amigo (a) o familiar? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

22 ¿En cuántas ocasiones ha consultado su problema con algún grupo o servicio de apoyo a la lactancia? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Nunca
- ☐ a. 1 vez
- ☐ b. 2 veces
- ☐ c. 3 veces
- ☐ d. 4 veces o más

23 ¿En cuántas ocasiones ha consultado su problema con algún profesional pediatra, médico de familia, enfermera pediátrica, matrona, asesor (a) de lactancia? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Nunca
- ☐ a. 1 vez
- ☐ b. 2 veces
- ☐ c. 3 veces
- ☐ d. 4 veces o más

LACTANCIA

24 ¿Qué edad tiene su bebé ahora? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1 a 3 semanas
- ☐ 1 a 3 meses
- ☐ 4 a 6 meses
- ☐ 7 a 11 meses
- ☐ 12 a 18 meses

Otra _____

25 ¿Qué tipo de lactancia ha llevado a cabo con su bebé hasta los 6 meses? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ lactancia materna exclusiva (únicamente leche materna)
- ☐ lactancia materna predominante (leche materna con infusiones, agua, zumos)
- ☐ Alimentación complementaria (leche materna con alimentos sólidos como papillas y/o líquidos como leche artificial)

26 ¿Cuántos meses le ha dado el pecho a su hijo? *

27 ¿Le sigue dando el pecho a su hijo a día de hoy? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

28 ¿Le ha dado el pecho a otro hijo anteriormente? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí, y la experiencia fue satisfactoria
- ☐ No le he dado el pecho
- ☐ Sí, y la experiencia no fue satisfactoria
- ☐ No tengo más hijos

EMBARAZO Y PARTO

En relación a su último embarazo y parto, por favor, conteste las preguntas que se le formulan a continuación:

29 ¿Con cuántas semanas de gestación dio a luz? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ < 34 semanas
- ☐ 34 - 36 semanas
- ☐ 37 - 42 semanas
- ☐ > 42 semanas

30 Su embarazo fue: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Único
- ☐ Gemelar Múltiple (trillizos, cuatrillizos)

31 Su parto fue: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Vaginal
- ☐ Vaginal instrumentado (Fórceps o Ventosa)
- ☐ Cesárea

32 ¿Utilizó analgesia epidural? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

33 ¿Su hijo ha tenido que estar ingresado en el servicio de neonatos tras el parto? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

34 ¿Tras el parto ha estado piel con piel con su bebé? *

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

35 ¿Cuánto tiempo transcurrió aproximadamente desde que nació el bebé hasta que se enganchó por primera vez al pecho? *

Marca solo un óvalo.

☐ Inmediatamente

☐ 30 minutos

☐ 1 hora

☐ 2 horas

☐ 3 ó más horas

☐ No me acuerdo

36 GRUPO DE APOYO: En relación al grupo de apoyo, los talleres y el apoyo virtual (vía zoom, Google meet, Skype, etc.) o redes sociales (Instagram, Facebook, Whatsapp, Twitter, etc.). Por favor, marque la puntuación que más se acerque a su experiencia, teniendo en cuenta que:

a. = TOTALMENTE DESACUERDO.

b. = DESACUERDO

c. = NEUTRAL

d. = DE ACUERDO

e. = TOTALMENTE DE ACUERDO

No he tenido ningún problema con respecto a mi lactancia

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

No he sabido a dónde o a quién acudir para resolver mi problema

Marca solo un óvalo.

☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5

El tiempo de espera para consultar mi duda o problema me pareció razonable

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

El profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que he consultado, me ha ayudado a resolver mis problemas con la lactancia *Marca solo un óvalo.*

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Me siento apoyada y escuchada por la(s) persona(s) que ha(n) atendido mi duda o problema de lactancia *Marca solo un óvalo.*

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

La(s) persona(s) que ha (n) atendido mi duda o problema de lactancia, me ha(n) ayudado a continuar lactando *Marca solo un óvalo.*

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Me siento satisfecha tras contar con el profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que he acudido *Marca solo un óvalo.*

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Me parece necesario el profesional o servicio de apoyo a la lactancia al que he acudido

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Le recomendaría este profesional o grupo de apoyo a cualquier amigo/a o familiar *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Me gustaría disponer de más servicios o redes de apoyo a la lactancia *

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

El tiempo empleado por la persona que ha atendido mi duda o problema me *
pareció suficiente

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

En relación a las causas que le dificultaban amamantar (si las hubo). Considera que el apoyo recibido por el grupo y/o profesional (es) de la lactancia, favoreció la solución o su decisión de continuar con la lactancia materna en un tiempo mayor al estimado.

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.



Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google
Formularios

ANEXO 6

COMUNICACIÓN CIENTÍFICA TIPO PÓSTER SIN DEFENSA
PRESENTADO EN EL XI CONGRESO DE LACTANCIA MATERNA
EN PAMPLONA, MARZO 2022:

Revisión sobre cuestionarios validados en Castellano para investigación en
lactancia materna.

REVISION SOBRE CUESTIONARIOS VALIDADOS EN CASTELLANO PARA LA INVESTIGACIÓN EN LACTANCIA MATERNA

José M Soriano^{1,2}, Salomé Laredo^{3,4}, Gladys Duque de Rodríguez²

¹Unidad Mixta de Investigación de Endocrinología, Nutrición y Dietética Clínica, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe/Universitat de València, Valencia, España

²Food & Health Lab, Instituto de Ciencia de los Materiales, Universitat de València Paterna, Valencia, España.

³Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), España

⁴Sección de Espectroscopia Atómica y Molecular, Servicio Central de Soporte a la Investigación Experimental (SCSIE), Universitat de València, Valencia, España.

INTRODUCCIÓN: En los últimos años se han desarrollado cuestionarios, para ser utilizados en la comunidad hispanohablante, para la investigación en lactancia materna (LM) y que permitan identificar los factores que generan las bajas tasas de LM entre la población.

OBJETIVO: Determinar la disponibilidad de cuestionarios para investigación, en español, sobre LM, que midan las actitudes, conocimientos y apoyo social a la LM, validados en español.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, tipo revisión bibliográfica sistematizada, aplicando ciertos criterios metodológicos de PRISMA (Figura 1). Se escogieron artículos primarios publicados en las bases de datos Pubmed, Embase y Web of Science (WOS) en los últimos 10 años, en inglés o español que incluyeran cuestionarios validados en castellano, aplicado a hispanoparlantes, implicados en el proceso de instauración y sostenimiento de la LM, revisados desde enero hasta marzo de 2020 y actualizados entre enero y febrero de 2021, con al menos tres de los descriptores de búsqueda en título o resumen. Los descriptores- términos MeSH fueron: "questionnaire, validation, breastfeeding, spanish", en ese mismo orden para las bases de datos científicas consultadas.

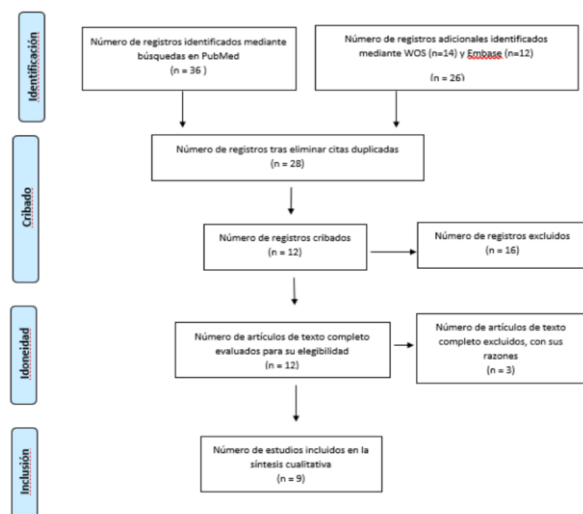


Figure 1. PRISMA 2009 Diagrama de Flujo.



RESULTADOS: Se obtuvieron en total 62 artículos. Se eliminaron elementos duplicados, no relacionados con el castellano, resúmenes de investigaciones, tesis, disertaciones y se obtuvieron 28 artículos. Se excluyeron 16, por ser instrumentos de recolección de información no validados o no había la disponibilidad del artículo completo, finalmente se escogieron 9 artículos para el estudio de sus escalas o cuestionarios, 5 provenían de la traducción y adaptación del inglés al español y 4 fueron creados originalmente en castellano.

CONCLUSIONES: Son pocos los estudios que contienen cuestionarios, sustentados sobre pilares sólidos de validación, que les permitan a los investigadores, generar confianza para su uso, y más aún en español. Es necesario que cuando un instrumento sea creado para una investigación, éste pueda ser validado con una metodología científica, que sustente su calidad, haciéndole confiable para su uso por otros investigadores.

REFERENCIAS:

- Oliver-Roig A, d'Anglade-González ML, García-García B, Silva-Tubio JR, Richart-Martínez M, Dennis CL. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(2):169-173.
- Piñeiro-Alberio RM, Ramos-Pichardo JD, Oliver-Roig A, Velandrino-Nicolás A, Richart-Martínez M, García-de-León-González R, Wells KJ. The Spanish version of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50(10):1385-1390.
- Tomás-Almarcha R, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M. Reliability and Validity of the Reduced Spanish Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(5): e26-e40.
- Leon-Larios F, Pinero-Pinto E, Arnedillo-Sánchez S, Ruiz-Ferron C, Casado-Mejía R, Benítez-Lugo M. Female employees' perception of breastfeeding-friendly support in a public university in Spain. *Public Health Nurs*. 2019; 36(3):370-378.
- Saus-Ortega C, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M, Mulder P, Cabrero-García J. Validation of the Spanish Version of the Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative: A Follow-up Study. *J Hum Lact*. 2019;35(4):672-682.
- Gómez-Fernández-Vegue M, Menéndez-Orenga M. Development and Validation of a Breastfeeding Knowledge And Skills Questionnaire. *An Pediatr*. 2015;83(6):387-396.
- Baño-Piñero I, Canteras-Jordana M, Carrillo-García C, López-Araez A, Martínez-Roche ME. Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna. *Nutr Hosp*. 2015; 31(4):1525-1532.
- Bermejo RM, Parra-Hidalgo P, Oliver-Roig A, Hidalgo MD, Arellano-Morata C, García-de-León-González R. Development and Assessment of a Questionnaire to Study Protection, Promotion, and Support of Breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016 Mar-Apr;45(2):166-79.
- Lechosa-Muñiz C, Cobo-Sánchez JL, Herrera-Castanedo S, Cornejo-del-Río E, Mateo-Sota S, de Adana-Herrero, Sáez M. ECOLaE: Validation of a questionnaire on breastfeeding knowledge and skills for Nursing. *Aten Primaria*. 2020;52(6):373-380.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Los autores expresan que no existen conflictos de interés al redactar y publicar el contenido de este poster.

ANEXO 7

COMUNICACIÓN CIENTÍFICA TIPO PÓSTER CON DEFENSA
PRESENTADO EN EL XII CONGRESO DE LACTANCIA MATERNA
EN GRAN CANARIAS, ABRIL 2024:

Estudio Transversal: Evaluación de la satisfacción en intervenciones virtuales
grupales de apoyo a la lactancia materna.



XII Congreso Español de Lactancia materna

Salud, Amor y Vida

18 al 20 de abril del 2024
Maspalomas - Gran Canaria



ESTUDIO TRANSVERSAL: EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN INTERVENCIONES VIRTUALES GRUPALES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.

Gladys Duque de Rodríguez^{1,2}, Nadia San Onofre^{1,3,4}, Salomé Laredo^{5,6}, José Miguel Soriano^{1,2}

1. Food & Health Lab, Instituto de Ciencia de Materiales, Universidad de Valencia, Paterna, Valencia, España
2. Unidad Mixta de Investigación en Endocrinología, Nutrición y Dietética Clínica, Universidad de Valencia-Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España
3. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Sant Vicent del Raspeig, Alicante, España
4. Grupo Balmis de Investigación en Historia de la Ciencia, Cuidados en Salud y Alimentación, Universidad de Alicante, Sant Vicent del Raspeig, Alicante, España
5. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) España, Valencia, España
6. Sección de Espectroscopia Atómica, Servicio Central de Investigación Experimental, Universidad de Valencia, Burjassot, Valencia, España

INTRODUCCIÓN

Atención a la lactancia materna



Covid-19

Necesidad de adaptar y encontrar nuevas formas de ofrecer apoyo a las madres lactantes



Virtualidad

Las intervenciones virtuales grupales son herramientas y prácticas recientemente extendidas

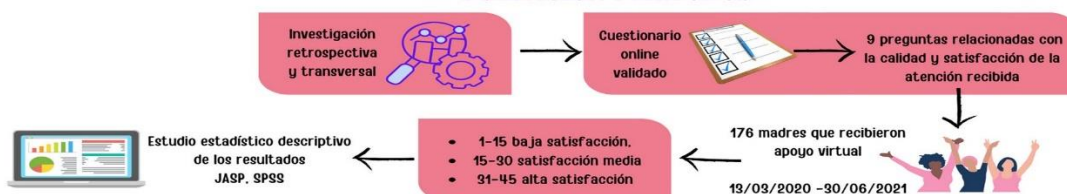


Necesidad de evaluar!

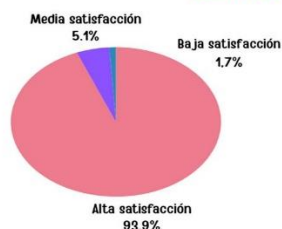
OBJETIVO

Evaluar la satisfacción de las intervenciones virtuales grupales de atención a la lactancia materna.

POBLACIÓN Y MÉTODOS



RESULTADOS



MEDIA DE PUNTUACIÓN PARA LAS 9 PREGUNTAS:
4.52 (sobre 5)

Los análisis estadísticos mostraron una relación significativa (valor de $p < 0.001$) entre el tipo de lactancia frecuentemente más practicada durante los primeros 6 meses (exclusiva predominante) y la decisión de continuar lactando.

Las variables relacionadas con la satisfacción con el grupo de apoyo, la sensación de ser escuchada y apoyada, y la ayuda recibida para resolver problemas con la lactancia, mostraron correlaciones significativas (valor de $p < 0.001$) con la continuidad de la lactancia materna.

CONCLUSIONES

- La investigación destaca la eficacia de las intervenciones virtuales ofrecidas por el grupo de apoyo a la lactancia materna durante periodos de restricción social, como lo fue el confinamiento por la pandemia de COVID-19.
- Estas intervenciones no solo proporcionaron el soporte emocional y práctico necesario para resolver problemas específicos para continuar con la lactancia sino que también fomentaron una mayor duración de la lactancia materna exclusiva, durante los primeros seis meses de la vida del lactante, demostrando ser un recurso valioso en tiempos donde el soporte presencial es limitado.
- Este estudio refuerza la necesidad de integrar soluciones virtuales como parte del soporte continuo a madres lactantes, incluso más allá de situaciones de crisis.
- Existen algunas áreas de mejora, la necesidad de adaptar las estrategias y políticas sanitarias, para el abordaje de una manera global y que pueda incluir a un mayor número de población lactante en este tipo de programas que facilitan una atención de fácil acceso y con un beneficioso impacto.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Los autores expresan que no existen conflictos de interés al redactar y publicar el contenido de este poster.

FINANCIACIÓN: Nadia San Onofre recibe soporte de la Universidad de Alicante, el Ministerio de Universidades y la Unión Europea "NextGeneration EU/PRTR" a través de una beca Margarita Salas 2022-2024 (MARSALAS22-23).

ANEXO 8

COMUNICACIÓN CIENTÍFICA TIPO PÓSTER CON DEFENSA

PRESENTADO EN EL XII CONGRESO DE LACTANCIA MATERNA

EN GRAN CANARIAS, ABRIL 2024:

Evaluación de los factores del sistema familiar y comunitario en el apoyo a la lactancia materna.



XII Congreso Español de Lactancia materna

Salud, Amor y Vida

18 al 20 de abril del 2024
Maspalomas - Gran Canaria



EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR Y COMUNITARIO EN EL APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.

GLADYS TERESA DUQUE DE RODRIGUEZ 1,2

CARLA SOLER 1

JOSÉ MIGUEL SORIANO 1,2,

NADIA SAN ONOFRE 2, 3, 4

1 FOOD & HEALTH LAB, INSTITUTO DE CIENCIA DE MATERIALES, UNIVERSIDAD DE VALENCIA, PATARNA, VALENCIA, ESPAÑA

2 UNIDAD MIXTA DE INVESTIGACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA, UNIVERSIDAD DE VALENCIA INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA LA FE, VALENCIA, ESPAÑA

3 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA, UNIVERSIDAD DE ALICANTE, SANT VICENT DEL RASPEIG, ALICANTE, ESPAÑA

4 GRUPO BALMIS DE INVESTIGACIÓN EN HISTORIA DE LA CIENCIA, CUIDADOS EN SALUD Y ALIMENTACIÓN, UNIVERSIDAD DE ALICANTE, SANT VICENT DEL RASPEIG, ALICANTE, ESPAÑA

INTRODUCCION

A pesar de la amplia evidencia que respalda los beneficios de la lactancia materna, su práctica puede verse influenciada por factores socioeconómicos, familiares y comunitarios, así como situaciones que afecten el desempeño natural de la vida de relación, como fue la pandemia por COVID 19. Comprender la interacción entre estos factores, puede contribuir a abordar los desafíos que enfrentan las madres en esta etapa de la crianza.

OBJETIVO

Identificar los factores sociodemográficos, familiares y comunitarios que influyen en el sostenimiento de la lactancia materna.

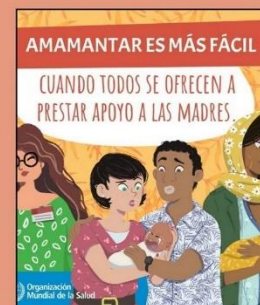
METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo, utilizando un cuestionario en línea con 35 preguntas, validado previamente. La muestra se compuso por 211 madres participantes de un grupo de apoyo para la lactancia, atendidas en el período entre marzo 2020 y junio 2021, de las cuales 185 cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó un estudio estadístico descriptivo de los resultados utilizando los programas JASP y SPSS para analizarlos y extraer los estadísticamente significantes.



RESULTADOS

- 55,7% de las mujeres tenía 36-45 años, el 43,2% tenía 25-35 años.
- 89,18% eran españolas.
- 78,9% tenía estudios universitarios.
- El 82,7% amamantó exclusivamente hasta 6 meses, con una duración media de lactancia de 8 meses.
- Se identificaron más de 25 problemas con la lactancia, destacando agotamiento, dudas sobre técnica, lactancia dolorosa, grietas y problemas de enganche.
- Los problemas ocurrieron principalmente en la primera semana (60%) y primer mes (22,2%).
- El 51% hizo al menos 4 consultas virtuales a grupos de apoyo y el 40,3% lo hizo con el personal sanitario.



- Apoyo familiar: la pareja ocupa el 91,9% (n=170), y una significancia estadística de 0.04
- Apoyo comunitario: GALM con el 74,1% (n=137), mujeres amamantando en su entorno, el 68% (n=127). Los profesionales(es) sanitario(s) representaron el 38,4% (n=71) representado por el médico de familia y la matrona, quienes también demostraron significancia estadística con la continuidad de la LM.
- La correlación GALM (apoyo) y matrona del CDS es significativa con un valor p de 0,012.
- GALM y Madres lactantes en el entorno mostraron significancia estadística de manera individual con valores de p de 0,008 y de 0,032, respectivamente y el resultado de la interacción de ambas resulta también significativa con un valor de p de 0,032



CONCLUSIONES

Los factores sociodemográficos y el entorno de apoyo influyen, positivamente en la decisión de iniciar y continuar con la lactancia materna. La pareja fue la principal fuente de apoyo, seguido por el grupo de apoyo a la lactancia y la madre, lo que ofrece un espacio de soporte emocional para las madres lactando. El apoyo de la pareja, el médico de familia y la matrona del centro de salud, favorecen la continuidad de la lactancia materna. El apoyo facilitado por el GALM y la presencia de mujeres en el entorno amamantando mostró una asociación con la continuidad y suministro de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de la edad del lactante. Estas variables destacan su importancia para establecer políticas y programas de apoyo, para ampliar las redes de apoyo comunitario y familiar que fomenten la lactancia materna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Los autores expresan que no existen conflictos de interés al redactar y publicar el contenido de este póster.

FINANCIACIÓN: Nadia San Onofre recibe soporte de la Universidad de Alicante, el Ministerio de Universidades y la Unión Europea "NextGeneration EU/PRTR" a través de una beca Margarita Salas 2022-2024 (MARSALAS22-23).

ANEXO 9
ARTÍCULO PUBLICADO.
CUESTIONARIOS VALIDADOS EN ESPAÑOL PARA INVESTIGACIÓN EN
LACTANCIA MATERNA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Cuestionarios validados en español para la investigación en lactancia materna: Una revisión sistemática

Validated questionnaires in spanish for research on breastfeeding: A systematic review

Gladys DUQUE DE RODRÍGUEZ^{1,2}, Salomé LAREDO^{3,4}, José M. SORIANO^{1,2}

1 Food & Health Lab, Institute of Materials Science, University of Valencia, Paterna, Valencia, Spain.

2 Joint Research Unit on Endocrinology, Nutrition and Clinical Dietetics, University of Valencia-Health Research Institute La Fe, Spain.

3 Breastfeeding Friendly Hospital Initiative (IHAN) Spain.

4 Atomic spectroscopy section, Central Service for Experimental Research, University of Valencia, Burjassot, Spain.

Recibido: 1/marzo/2022. Aceptado: 12/mayo/2022.

RESUMEN

Introducción: A los fines de identificar los factores que generan las bajas tasas de Lactancia Materna (LM) en los dos primeros años de vida, se han realizado numerosas investigaciones a nivel mundial y desarrollando cuestionarios.

Objetivos: Determinar la disponibilidad de cuestionarios para investigación en LM, en bases de datos especializadas, que midan las actitudes, conocimientos y apoyo social a la LM, validados en español.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de artículos en LM usando Pubmed, Embase y Web of Science.

Resultados: Se obtuvieron nueve artículos de investigación que cumplieron con los criterios de: estar disponibles en inglés o español, contener un instrumento para investigar la LM en español y describir el proceso para determinar la validez. Cinco provinieron del idioma inglés, traducidos al español y cuatro fueron contruidos originalmente en español.

Conclusiones: Son pocos los estudios que contienen cuestionarios sustentados sobre pilares sólidos de validación para investigación en LM, que permitan generar confianza para su uso, y más aún en español.

PALABRAS CLAVE

Cuestionario, validación, lactancia materna, español, revisión.

ABSTRACT

Background: In order to identify the factors that generate the low rates of Breastfeeding (BF) in the first two years of life, numerous investigations have been carried out worldwide. As part of these, questionnaires are developed to obtain relevant information on the identified problem, which could be valuable resources to be used by other researchers interested in the subject.

Objectives: To determine the availability of questionnaires for BF research, in specialized databases, that measure attitudes, knowledge and social support for BF, validated in Spanish.

Material and methods: A systematized review of primary articles on BF research was carried out, with questionnaires available in Spanish, published in the last 10 years in the databases: Pubmed, Embase and Web of Science using the descriptors "questionnaire, validation, breastfeeding, Spanish" and that they met the inclusion criteria of being translated, adapted and validated from English to Spanish or created and validated in Spanish.

Results: Nine scientific research articles have been obtained that met the criteria of: being available in English or Spanish, containing an instrument to investigate BF in Spanish, and describing the process followed to determine va-

Correspondencia:

Jose M. Soriano
Jose.soriano@uv.es

lidity. Five came from the English language, translated into Spanish and four originally has been built in Spanish.

Conclusions: Few studies contain questionnaires, supported by solid validation pillars for BF research, which can generate confidence for their use, and even more so in the Spanish language.

KEY WORDS

Questionnaire, validation, breastfeeding, Spanish, review.

INTRODUCCIÓN

La leche materna es el alimento óptimo para el lactante desde su nacimiento, hasta los primeros seis meses de vida. Por recomendación de la Organización Mundial de la Salud¹, la Lactancia Materna (LM) debería sostenerse hasta los dos años de edad complementándose con otros alimentos de acuerdo con el nivel de maduración intestinal que va alcanzando el niño durante este período. En España, según el Instituto Nacional de Estadísticas² sólo el 39% de los lactantes reciben leche humana exclusivamente a los 6 meses y 41,6% no son amamantados desde esa edad. Investigaciones como las de Tirano et al³, analizan los diferentes factores de riesgo y barreras para la LM y realizan propuestas factibles de intervención. En el curso de las investigaciones, se desarrollan cuestionarios que recogen información sobre el problema que implica a los protagonistas involucrados (madres lactantes en postparto, recién nacidos, embarazadas, padres, profesionales de la salud) así como lo relacionado al apoyo social y sanitario para la LM. A los fines de viabilizar la investigación en LM por parte de investigadores de habla hispana se han planteado las siguientes interrogantes: ¿Existen cuestionarios en español, debidamente validados, que podrían utilizarse para investigar acerca de los factores de riesgo o barreras que influyen en la interrupción temprana de la LM? De existir estos ¿Cómo podrían ser caracterizados? Casal et al⁴, revisaron y evaluaron cuestionarios que miden actitudes, conocimientos y el apoyo social a la LM. Por su parte, Tuthill et al⁵ realizaron una revisión crítica de los cuestionarios disponibles sobre la autoeficacia materna, ambos disponibles en inglés. En nuestra revisión no hemos encontrado artículos como estos, en español. Dar respuesta a estas interrogantes motivó la realización de este estudio, que tiene como objetivo: Determinar la disponibilidad de cuestionarios para investigación en LM, en bases de datos especializadas, que midan actitudes, conocimientos y el apoyo social a la LM, validados y en español.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Se trata de una revisión sistemática. Estas "intentan incluir elementos del proceso de revisión sistemática sin llegar a afirmar que el resultado final es una revisión sistemática"⁶, además que "proporcionan un marco de trabajo riguroso y fiable para llevar a cabo las revisiones bi-

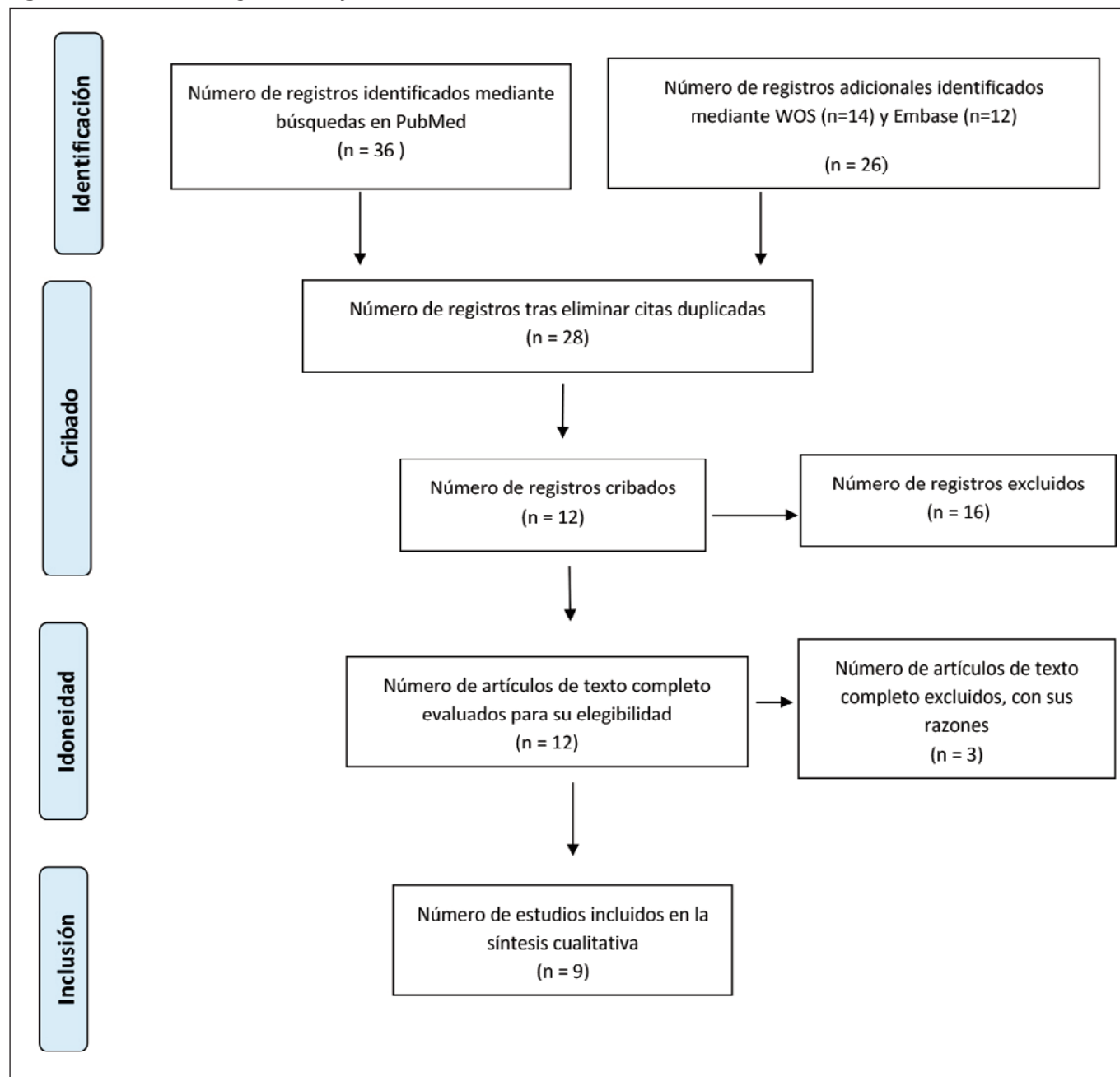
bliográficas, las cuales son (o deberían ser) una fase obligada de todo nuevo proyecto de investigación académica"⁷.

Criterios metodológicos: Se atendieron algunos de los criterios metodológicos de la Declaración PRISMA⁸.

Fuentes de información: Artículos sobre investigación en LM publicados en las bases de datos Pubmed, Embase y Web of Science (WOS), revisadas desde enero hasta marzo de 2020 y se actualizaron entre enero y febrero de 2021.

Criterios de búsqueda: Los descriptores y términos MeSH utilizados fueron: "questionnaire, validation, breastfeeding", agregando "spanish", al final y en ese mismo orden para Pubmed y Embase, para Web of Science se utilizaron tres descriptores "questionnaire, validation, breastfeeding" debido que al colocar "spanish" se reducía significativamente la cantidad de artículos, así mejoró la búsqueda. **Criterios para la selección de los estudios:**

Se incluyeron artículos primarios que cumplieran los siguientes criterios: publicados en los últimos 10 años, escritos en inglés o español, que contenían cuestionarios y se les determinó la validez en el idioma español, aplicados a población hispanoparlante, implicada en el proceso de instauración y sostenimiento de la LM, que incluyeran al menos tres de los descriptores de búsqueda en el título o en el resumen y que reportaran el proceso para determinar la validez del cuestionario utilizado. Validez es "el grado en que un instrumento de medida, mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido"⁹. Se aplicaron criterios metodológicos del diagrama de flujo de PRISMA (Figura 1) y el resultado final, se describe en el apartado de resultados. **Evaluación de la calidad de los artículos incluidos:** En los cuestionarios que fueron traducidos al español, la evaluación de calidad se realizó según los criterios metodológicos, expuestos por Ramada et al¹⁰ sobre pasos para la traducción, adaptación cultural y validación (TACV) de cuestionarios. Se revisó la existencia de dos fases: la fase de TAC (traducción directa e inversa, síntesis de traducción, consolidación de expertos y pre-test para evaluar la viabilidad) y la validación (validez de contenido, de criterio, del constructo) y confiabilidad. Para los creados en el español y adaptados a la investigación, se revisó según los criterios de Arrivas⁹ sobre diseño y validación de cuestionarios en español. Se evaluó la construcción del instrumento (definición del constructo a medir, propósito de la escala, composición, contenido, número y puntuación de los ítems) y la validación (prueba piloto, evaluación de las propiedades métricas, validez de contenido, de criterio, del constructo y la confiabilidad). **Extracción de la información relevante:** Esta se obtuvo directamente de las secciones metodología y resultados de cada artículo, chequeando cada paso seguido para determinar la validación, como lo expusieron los investigadores en el artículo. La información relevante se resumió en tablas con información específica para cada cuestionario.

Figura 1. PRISMA 2009 Diagrama de Flujo

RESULTADOS

Se obtuvieron en Pubmed 36 artículos, Embase 12, Web of Science 14 artículos. En total 62 artículos. Se eliminaron elementos duplicados, no relacionados con el español, resúmenes de investigaciones, tesis, disertaciones y se obtuvieron 28 artículos. Se excluyeron 16, por ser instrumentos de recolección de información no validados o no había la disponibilidad del artículo completo, finalmente se analizaron 12 artículos y se eliminaron 3 por las siguientes razones: 1. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexi-

cana¹¹ por tratarse de una adaptación cultural, aplicada a una población de una localidad de México. 2. Validación al castellano de una escala de evaluación de la LM: el LATCH. Análisis de fiabilidad¹², al finalizar el estudio, las investigadoras concluyeron que era una escala fiable pero no válida. 3. Competencia básica en lactancia en atención primaria: desarrollo y validación del cuestionario CAPA¹³ el instrumento se aplicó en catalán. Finalmente, fueron seleccionados 9 artículos para el análisis, con sus respectivos cuestionarios, 5 de estos, provenían de la traducción y adaptación del inglés al español y 4 fueron creados originalmente en español.

Cuestionarios en inglés traducidos, adaptados y validados al español:

Formulario corto de escala de autoeficacia de la LM. BSES-SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form). Desarrollada por Dennis y Faux¹⁴ para evaluar la autoeficacia de las madres en relación a la LM, la BSES (Breastfeeding Self-Efficacy Scale) contaba con un alto valor predictivo en las madres en post parto, que podrían mantener la LM. Con 33 ítems, puntuados en escala Likert de 5 puntos que varía de 1 (nada seguro) a 5 (siempre seguro). Las puntuaciones totales podían variar de 33 a 165, puntuaciones más altas reflejaban mayores niveles de autoeficacia de la LM. Dennis creó la versión corta de 14 ítems, llamada Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form, BSES-SF¹⁵, con la misma validez y confiabilidad que la versión larga, de más sencilla utilización, con menos ítems y la misma capacidad predictiva. Esta ha sido traducida en varios idiomas y utilizada por más de 15 países. Oliver-Roig et al¹⁶ realizaron la traducción, adaptación cultural y validación del formulario corto de escala de autoeficacia de la LM, que permite evaluar la autoeficacia materna en mujeres de habla hispana.

Escala de Autoeficacia Prenatal. PBSES-e: Prenatal Breast-feeding self-efficacy scale (versión en español). La versión original en inglés fue creada por Wells et al¹⁷, quienes demostraron que esta escala tenía buenas propiedades psicométricas, para identificar mujeres embarazadas estadounidenses, con mayor riesgo de decidir no amamantar o suspender la LM en una etapa temprana. Piñero Albero et al¹⁸ autores de la versión en español, consideraron que podría ser útil para evaluar la autoeficacia en las mujeres embarazadas para la LM de habla hispana, mostrando evidencias de confiabilidad y validez predictiva. La escala PBSES-e incluye 20 ítems, usa una escala Likert de 5 puntos que varía de 1 (nada seguro) a 5 (completamente seguro). Las puntuaciones varían de 20 a 100 (mayor autoeficacia percibida). 18 ítems se agrupan en 4 temas: habilidades y demandas requeridas para amamantar (7 ítems), recopilar información sobre cómo amamantar (5 ítems), sentimientos de vergüenza durante la lactancia en público (4 ítems) y presión social (2 ítems). Los otros (2 ítems) son independientes y evalúan la confianza para amamantar durante el primer año de vida y la importancia de la lactancia para la pareja.

Escala de actitud de alimentación infantil de Iowa, versión reducida en español (IIFAS-S Iowa Infant Feeding Attitude Scale- Short). Se creó en inglés por De la Mora et al.¹⁹ Evalúa la actitud de las madres hacia la LM, la lactancia con fórmula y el tiempo estimado de duración de éstas, con un importante valor predictivo. La escala contenía diecisiete preguntas, usa la escala Likert con cinco puntos de valoración, que va desde 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). Puntuaciones más altas indicaban alta probabilidad que amamante al bebé. Se aplicó a diferentes poblaciones de estudio, mujeres prenatales y pos-

parto, redes sociales²⁰, padres^{21,22}. Fue modificada por Tomas Almarcha²³ quienes proporcionaron una versión más corta con 9 ítems, eliminando 8 ítems que mostraron baja validez predictiva. La nueva escala obtuvo mejores valores de confiabilidad, conservando el mismo objetivo de esa escala con el beneficio de ser más amigable y requerir menos tiempo para su realización. Mostró ser un buen predictor de iniciación e intención materna de amamantar, de exclusividad y duración de la LM.

Escala de apoyo a la LM en el lugar de trabajo (WBSS. Workplace Breastfeeding Support Scale). Desarrollada, por Bai et al²⁴ usada en mujeres entre 6 y 12 meses postparto, que habían iniciado la lactancia antes de la encuesta y que se encontraban alternando la LM con la actividad laboral. Evalúa el apoyo percibido por las madres para amamantar en su lugar de trabajo y las necesidades de mejora al apoyo en esos lugares de trabajo. Contiene 18 ítems agrupados en las siguientes cuatro categorías: soporte técnico, apoyo ambiental, apoyo de instalaciones y apoyo de pares. Utiliza una escala Likert de 7 puntos, una puntuación de 1 indica "totalmente en desacuerdo" y una puntuación de 7 "totalmente de acuerdo". La TACV, fue llevada a cabo en la Universidad de Sevilla por León-Larios et al.²⁵ Se aplicó a 197 empleadas, que dieron a luz en los 10 años antes del estudio, mientras trabajaban en la Universidad.

Encuesta inicial de LM acumulativa (BBSC. Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative) Desarrollada en inglés por Mulder y Johnson²⁶ para la evaluación global y percepción de la madre sobre efectividad de la LM en el post parto temprano y el riesgo de abandono prematuro. Incluye 24 ítems, evaluados con una escala Likert de 5 puntos. Las puntuaciones más altas indican una LM más efectiva. La intensidad de los problemas de LM, se midió en cuatro áreas (problemas en los pezones, problemas en los senos, problemas con la cantidad de leche y problemas con la frecuencia de las sesiones de lactancia), utilizando elementos generados con una escala de respuesta de 0 a 100 puntos. La intensidad total de los problemas de LM se obtuvo sumando las intensidades de las cuatro áreas, también se agrega la percepción de la madre relacionada con la reacción del lactante. Por su baja especificidad es necesaria una evaluación personalizada de la técnica de LM para las madres con puntuaciones menores a 88 puntos. Fue traducida y validada en español por Saus-Ortega et al²⁷, en 2019 (Tablas 1 y 2).

Cuestionarios creados y validados en español:

EcoLa: Encuesta sobre conocimiento y habilidades en LM para Pediatras y residentes de pediatría²⁸. Cuantifica conocimientos y habilidades de los pediatras, que permitan realizar intervenciones en la formación del gremio médico, relacionada con la LM, favoreciendo la promoción de ésta, en las madres que acuden a las consultas con sus recién nacidos. Es un cuestionario, que consta de 30 ítems, 22 ítems

Tabla 1. Aspectos generales de los Cuestionarios y escalas de evaluación en LM, traducidos, adaptados y validados desde el idioma inglés al español.

Cuestionario o Escala de Evaluación / (Siglas en inglés). País/Localidad/año	Propósito u Objetivo de investigación	Utilidad Clínica o posible impacto social	Nombre del artículo/Idioma de publicación/ Disponibilidad del Cuestionario o escala	Institución e Investigador responsable de solicitud
Formulario corto de escala de autoeficacia de la LM. (BSES-SF Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form) España/ Alicante. Hospital Público de Orihuela. 2012	Traducción de la escala al idioma español. Identificar a las mujeres con mayor riesgo de interrumpir la LM, evalúa los comportamientos y conocimientos de la LM, para individualizar las estrategias de fomento de la confianza.	Es altamente predictiva de los comportamientos en relación a la LM. Se puede detectar la falta de confianza de la madre y realizar intervención y apoyo para estimular el empoderamiento de la madre lactante. Útil para un plan de intervención y apoyo a la madre para facilitar el empoderamiento de ésta en relación a la LM	<i>The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. (Inglés)</i> Publicado por International Journal of Nursing Studies en Elsevier Se encuentra disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line.	Departamento de enfermería de la Universidad de Alicante Antonio Oliver Roig
Escala de Autoeficacia Prenatal en la LM (PBSES-e: Prenatal Breast-feeding self-efficacy scale) España/Murcia Hospital Público en Yecla 2013	Traducir el PBSES al español y evaluar sus propiedades psicométricas en el periodo prenatal a los fines de detectar a las madres que podrían decidir no amantar o realizar cesación temprana de la LM.	Evalúa el nivel de autoeficacia de la LM antes del nacimiento. Es una escala fácil de administrar y puntuar. Ha demostrado buenas propiedades Psicométricas, Puede ser una herramienta útil para identificar a las mujeres embarazadas con mayor riesgo de no amamantar o suspender la lactancia en una etapa temprana. Útil para un plan de intervención y apoyo a la madre durante el embarazo.	<i>The Spanish version of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale: reliability and validity (inglés)</i> Se encuentra disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line.	Departamento de enfermería de la Universidad de Alicante Antonio Oliver Roig
Escala de actitud de alimentación infantil de Iowa. Versión reducida en español (IIFAS-S Iowa Infant Feeding Attitude Scale- Short) España/ Este de España Seis Hospitales 2016	Traducir la Escala de Alimentación Infantil de Iowa (IIFAS) al español, Demostrar sus propiedades psicométricas y explorar la reducción de ítems para la versión en español.	Diseñada para medir las actitudes maternas hacia la alimentación de su bebé. Es un indicador predictivo de la elección del método de alimentación (alimentación con LM, artificial o mixta) y en mujeres que amamantan la duración de la LM. Evalúa las actitudes maternas, pre y post parto, hacia la alimentación infantil, detecta a las mujeres en riesgo de no iniciar la LM, puede ser aplicada a la pareja de la madre o el padre.	<i>Reliability and Validity of the Reduced Spanish Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (inglés)</i> Publicado por Elsevier Inc, Derechos reservados Se encuentra disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line.	Departamento de Enfermería. Campus de Sant Vicent del Raspeig. Alicante. Miguel Richart-Martinez

Tabla 1 continuación. Aspectos generales de los Cuestionarios y escalas de evaluación en LM, traducidos, adaptados y validados desde el idioma inglés al español.

Cuestionario o Escala de Evaluación / (Siglas en inglés). País/Localidad/año	Propósito u Objetivo de investigación	Utilidad Clínica o posible impacto social	Nombre del artículo/Idioma de publicación/ Disponibilidad del Cuestionario o escala	Institución e Investigador responsable de solicitud
Escala de Apoyo a la Lactancia en el Lugar de trabajo / Workplace Breastfeeding Support Scale (WBSS). España/ Sevilla 2019	Traducirla escala y Explorar la experiencia de las mujeres con la continuación de la LM cuando regresaron al trabajo.	Evalúa la percepción de la madre sobre el apoyo a la LM en el lugar de trabajo. Es útil para medir la percepción de la madre en relación a la continuidad o no de la lactancia, como una actividad que debe compaginar con la actividad laboral y si esta favorece o no el desempeño de esta	<i>Female employees' perception of breastfeeding-friendly support in a public university in Spain.</i> (inglés) Publicado en Public Health Nursing Se encuentra disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line	Unidad de Igualdad de la Universidad de Sevilla. Fátima León Larios
La Encuesta acumulativa inicial de LM. Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative (BBSC) 13 hospitales de la red de salud pública del este de España 2019	Adaptar y validar una versión en español del BBSC y proporcionar nuevas pruebas sobre su validez	Evalúa la percepción materna general de la efectividad de la LM durante el período posparto temprano. Evalúa la percepción materna sobre la eficacia de su lactancia y de la respuesta a la lactancia por parte del lactante.	<i>Validation of the Spanish Version of the Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative: A Follow-up Study</i> (inglés) Publicado en Journal of Human Lactation. Se encuentra disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line	Departamento de enfermería de la Universidad de Alicante Antonio Oliver Roig

Tabla 2. Criterios de Traducción, adaptación cultural y validación de los cuestionarios de origen inglés y traducidos al español para investigación en LM.

Cuestionario (Siglas en inglés). País/Localidad /año	Población de estudio/ número de ítems	Método de adaptación, traducción, equivalencia cultural y pre test	Validez de contenido	Validez de construcción o constructo	Validez predictiva	Confiabilidad
Formulario corto de escala de autoeficacia de la LM. (BSES-SF Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form) España/ Alicante. Hospital Público de Orihuela. 2012	135 Madres después de 2 días en post parto mayores de 18 años de edad, con embarazo de más de 36 semanas de embarazo. Se contactaron telefónicamente a las 3 semanas del parto. 14 ítems	Procedimiento estándar de traducción en ciego para traducción directa (2 traductores) y retro traducción (2 traductores) no expertos en LM. Se recogieron datos sobre la dificultad para traducir, los cambios sintácticos y semánticos de los ítems y su aplicabilidad al contexto cultural español, por 4 expertos en LM. Estudio piloto (pre test) con nueve madres lactantes para probar la comprensibilidad y legibilidad de la escala BSES-SF traducida.	La Información fue recogida y analizada por 4 expertos en lactancia para lograr la versión final en español.	Se realizó el análisis de componentes principales que confirmó la estructura unidimensional de la escala, con cargas factoriales superiores a 0,30 en todos los ítems.	Se compararon las puntuaciones BSES-SF intrahospitalarias entre las madres que amamantaban exclusivamente a las 3 semanas tenían puntuaciones más altas en la escala traducida (diferencia de medias = 4,17; IC 95% = 0,21 – 0,13; $p = 0,039$).	El coeficiente alfa de Cronbach para consistencia interna fue de 0,92. (altamente confiable)

Tabla 2 continuación. Criterios de Traducción, adaptación cultural y validación de los cuestionarios de origen inglés y traducidos al español para investigación en LM.

Cuestionario (Siglas en inglés). País/Localidad /año	Población de estudio/ número de ítems	Método de adaptación, traducción, equivalencia cultural y pre test	Validez de contenido	Validez de construcción o constructo	Validez predictiva	Confiabilidad
Escala de Autoeficacia Prenatal en la LM (PBSES-e: Prenatal Breast-feeding self-efficacy scale) España/Murcia Hospital Público en Yecla. 2013	234 mujeres embarazadas en su tercer trimestre del embarazo. 20 ítems	Traducción del inglés al español por dos traductores bilingües, se hicieron modificaciones para mantener la equivalencia semántica y conceptual. Traductores e investigadores coincidieron en la primera versión en español, se obtuvo una versión final en español. Pretest. Entrevista cognitiva a cinco mujeres embarazadas antes del estudio de investigación (medir comprensión y legibilidad del instrumento)	Análisis de expertos para mantener el contenido pretendido y hacerlo adecuado al idioma español. Los expertos no encontraron problemas de lectura y comprensión en las entrevistas cognitivas, y el tiempo promedio para su realización fue de 5 min.	Se realizó Análisis factorial confirmatorio. Se probaron 2 modelos. Ambos modelos se evaluaron utilizando el índice GFI y el ajuste comparativo CFI con valores $> 0,9$ indicando un ajuste aceptable y $> 0,95$ indicando un buen ajuste. Sugirió la presencia de un constructo adecuado, para evaluar la autoeficacia, con cuatro dimensiones o variables latentes.	Puntuaciones más altas en el test prenatal predicen LM exclusiva en el alta médica hospitalaria. Las madres que amamantaban exclusivamente al alta ($n = 164$ de 202) obtuvieron puntuaciones significativamente más altas $t = 3,34$; $p = 0,001$ (media = 73,78; DE = 12,48) que las que no amamantaban exclusivamente (media = 65,84; DE = 15,95).	El coeficiente alfa de Cronbach para la consistencia interna fue de 0,91 (altamente confiable)
Escala de actitud de alimentación infantil de Iowa. Versión reducida en español (IIFAS-S Iowa Infant Feeding Attitude Scale-Short) España/Este de España 2016	1.354 mujeres embarazadas. En seis hospitales del este de España. 9 ítems	La validación lingüística se realizó mediante el procedimiento estándar de traducción y traducción ciega para garantizar el contenido, la semántica y la equivalencia técnica para español. Los traductores, dos para la traducción directa y dos para la inversa, no participaron en el proyecto y no eran expertos en LM. Se recopilaron datos sobre la dificultad de traducción. Pre-test estudio piloto con 10 mujeres embarazadas para evaluar la comprensión y la legibilidad del IIFAS traducido.	El equipo de investigación expertos en lactancia, se reunió con los traductores para revisar la traducción y llegar a un consenso para producir una única versión en español.	Se realizó análisis factorial de los componentes principales con la extracción de un factor. Se redujo la escala para obtener una versión corta, con un elemento ajustado-correlación total o carga factorial de menos de 0,30. También se realizó análisis factorial confirmatorio, en 3 modelos. Se evaluaron utilizando el índice GFI y el ajuste comparativo CFI con valores $> 0,9$ indicando un ajuste aceptable y $> 0,95$ respectivamente, indicando un buen ajuste.	La escala IIFAS-S predijo el inicio y la duración de la LM en mujeres con puntajes altos. Sensibilidad más de 80% y especificidad más de 60 % en general aplicada a diferentes poblaciones estudiadas. En el artículo encontrarán en la tabla 3, el análisis de los puntajes por ítems estudiados en diferentes momentos de la lactancia, en las pacientes estudiadas.	El coeficiente alfa de Cronbach de 0,792. (Aceptable)

Tabla 2 continuación. Criterios de Traducción, adaptación cultural y validación de los cuestionarios de origen inglés y traducidos al español para investigación en LM.

Cuestionario (Siglas en inglés). País/ Localidad/año	Población de estudio/ número de ítems	Método de adaptación, traducción, equivalencia cultural y pre test	Validez de contenido	Validez de construcción o constructo	Validez predictiva	Confiabilidad
Escala de Apoyo a la Lactancia en el Lugar de Trabajo/ Workplace Breastfeeding Support Scale (WBSS). España/ Sevilla 2019	197 empleadas de la Universidad de Sevilla que dieron a luz en los últimos 10 años mientras trabajaban. 18 ítems	Traducido al español por tres expertos bilingües independientes y no relacionados con el campo de la LM. Posteriormente, tres expertos lo tradujeron al inglés. (Traducción directa e inversa). No se reportó la realización de un pretest. El instrumento se aplicó directamente a la población a estudiar.	La encuesta final fue evaluada y se revisó la literatura por el panel de 5 expertos en el campo de la LM.	No se reportó análisis factorial de los componentes, Contiene 18 elementos agrupados en las siguientes cuatro categorías o dimensiones: soporte técnico, soporte ambiental, soporte de instalaciones y soporte de pares.	Exploró los predictores de continuar la LM al retorno al empleo. Se analizaron algunas variables: características laborales, edad, paridad, educación, estado civil, cargo en la Universidad, tiempo de lactancia, clases prenatales, intención de amamantar al final de la baja por maternidad, etc.	Aceptable con un coeficiente alfa de Cronbach = 0,77 y $r = 0,86$; una prueba de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,71 (Aceptable)
La Encuesta acumulativa inicial de LM. Beginning Breastfeeding Survey- Cumulative (BBSC) 13 hospitales de la red de salud pública del este de España 2019	793 madres lactantes. Los datos se obtuvieron de historias clínicas y cuestionarios auto administrados al alta, y se contactaron a las madres a los 1-4 meses después del parto 24 ítems	Se realizó un proceso de validación lingüística estándar. Dos traductores bilingües tradujeron el BBSC del inglés al español y otros dos traductores, que desconocían la versión original, volvieron a traducir la versión consensuada en español al inglés. Después de la retro traducción, se compararon las dos versiones en inglés y se acordó una segunda versión en español definitiva. Pre test: se realizaron 25 entrevistas cognitivas a madres lactantes para comprobar la comprensibilidad y legibilidad de los ítems	Se obtuvieron datos de cualquier experiencia previa de lactancia, tiempo de duración. Contacto Piel – Piel, estado de la LM, nivel de dificultad, autoeficacia en el ingreso, datos sobre la historia clínica de paridad, tipo de parto y peso al nacer. El equipo de investigadores incluyó a 4 expertos 2 psicólogos y 2 parteras con formación y experiencia clínica en LM	Se analizó la estructura factorial, la confiabilidad y las propiedades de validez convergente y discriminativa de la versión española de la BBSC, a través de los datos transversales. El análisis factorial se realizó en dos fases: una primera fase exploratoria, para sugerir hipótesis sobre el número de factores y su estructura, y una segunda fase confirmatoria, para su comparación. El ajuste del modelo se evaluó con índices de ajuste comparativo (estos índices comparan el ajuste de Chi cuadrado a partir de dos modelos: el modelo probado y un modelo de línea base): el índice de ajuste no normado y el índice de ajuste comparativo, donde los valores > 0,90 indicaron un ajuste aceptable y los >0,95 un buen ajuste y con índices de ajuste absoluto	Adecuada validez predictiva para el abandono de la LM o la interrupción de la LM exclusiva a los 3 meses después del parto. Por lo que permite la intervención temprana a través de los grupos de apoyo o la asistencia profesional a la madre. Esta herramienta puede usarse para hacer seguimiento de lactancia, en el caso del artículo revisado se realizó un seguimiento a los 4 meses del regreso del hospital.	Coefficiente alfa de Cronbach de 0,92 (altamente confiable)

puntuables, con una puntuación máxima de 26 puntos. Desde el ítem 23, aunque no reciben puntuación alguna, recogen variables que pueden evidenciar el nivel del conocimiento sobre lactancia, en los médicos encuestados. Los ítems 18 y 21 merecen cierta atención ya que evalúan la técnica de la toma durante la lactancia y la información acerca de los fármacos y la lactancia.

Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM²⁹. Permite conocer el impacto de los servicios de apoyo a la LM, incluyendo asistencia proporcionada por personal de la salud, asesoras y grupos de apoyo. Con 35 ítems, este cuestionario fundamenta sus preguntas en función de cinco dimensiones obtenidas tras el análisis factorial del cuestionario: satisfacción 9 ítems, consultas 6 ítems, experiencias anteriores 6 ítems, problemas con la LM 6 ítems y apoyo de los servicios de apoyo 8 ítems. El artículo de investigación publicado, contiene el instrumento definitivo del estudio y es de acceso libre por la web.

Cuestionario de Apoyo Profesional a la LM del Programa de Gestión de la Calidad de la Atención Médica de la Región Española de Murcia (QPBS-EMCA)³⁰. Permite medir las variables que influyen en el comportamiento de los profesionales de la salud en relación a la protección, promoción y apoyo a la LM, especialmente aquella relacionada a la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (IHAN) a través de una evaluación psicométrica, utilizando la teoría de la acción razonada como marco conceptual y los Criterios Globales de evaluación de la implantación de la IHAN. usando la escala Likert de 1 a 5. Consta de 4 escalas (49 ítems) sobre creencias (16), actitudes (13), normas subjetivas (5) e intención conductual (8). Las escalas de creencias, actitudes y normas subjetivas fueron multidimensionales, mientras que la escala de intención conductual fue unidimensional.

ECOLAe: Encuesta sobre conocimientos en lactancia para enfermería³¹. Validada para enfermeras y matronas con responsabilidad directa en el cuidado madre-hijo, quienes trabajan en unidades hospitalarias de obstetricia, urgencias pediátricas, pediatría, neonatología, y en atención primaria, con el fin de tener un cuestionario fiable y acondicionado a la profesión. Está compuesta por un total de 22 preguntas, cuya puntuación máxima son 26 puntos: Se trata de 14 preguntas dicotómicas (en términos de verdadero o falso), 7 preguntas tipo test con 4 opciones de respuesta y una pregunta abierta. También consta de una serie de preguntas, que recogen variables que pueden completar la información sobre el conocimiento de las enfermeras en relación a la LM. Útil para detectar carencias formativas, en enfermeras y diseñar una actividad curricular específica y adecuada que mejore o corrija esas posibles carencias. En las tablas 3 y 4 (Tablas 3 y 4. A continuación: Tabla N°3 Cuestionarios y Escalas de evaluación en lactancia creados y validados en español. Generalidades. y Tabla N°4 Aspectos relacionados con la construcción y validación de los instrumentos).

DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática se ha determinado la existencia de nueve cuestionarios validados en español, cuyos objetivos fueron medir la actitud, conocimiento y el apoyo social a la LM, en las poblaciones implicadas en ese proceso. Las BSES-SF, PBSES, BBSC y la IIFAS-S, midieron actitudes, conocimientos y comportamientos en mujeres prenatales o post parto: autoeficacia, percepción de efectividad de la LM, predisposición a amamantar, decidir por alimentación complementaria o tendencia al abandono temprano de la LM. Está demostrado que una madre empoderada y con decisión de amamantar desde antes o después del parto, tendrá mejor pronóstico en cuanto la práctica de la LM.¹⁴ La QPBS-EMCA midió las creencias, actitudes, normas subjetivas e intención conductual en profesionales del área de atención primaria en salud, y la predisposición a participar en apoyo a la LM. ECOLA y la ECOLAE, midieron el conocimiento y diagnosticaron deficiencias, en profesionales del área de la salud, pediatras y enfermeras. Se ha estudiado el impacto desfavorable que los profesionales de la salud implicados en la asistencia prenatal, parto y puerperio puede tener, por falta conocimiento en relación con la LM²⁸, éstos deberían contar con preparación profesional, que aporte a las madres conocimientos sobre ventajas, beneficios y técnicas, para una adecuada instauración y la prolongación en el tiempo de la LM. La WBSS, midió el apoyo social percibido por la madre lactante, al retornar al trabajo, siendo importante ésta percepción, debido a que influye, en algunos casos, en la cesación de la LM sobre todo cuando la madre percibe que ésta, no es compatible con la actividad laboral o en el ambiente laboral. El cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM, mide la satisfacción de las madres, en cuanto a la asistencia facilitada por los grupos y profesionales de apoyo a la LM. Se sabe que el apoyo social por parte de madres que han pasado o pasan por el proceso de LM, fortalece el deseo de continuar con la LM y la asesoría de madres expertas y de asesoras de lactancia, facilita la resolución de dificultades, en un tiempo oportuno, permitiendo solventarlo y continuar con la práctica de ésta²⁹. Por lo tanto, siete instrumentos evalúan el conocimiento, actitud o comportamiento respecto a la LM y va dirigido a una población específica, y dos de ellos, mide el apoyo social percibido por las madres atendidas o las madres trabajadoras. En cuanto las muestras estudiadas, fueron muy variadas en general, desde los 45 hasta 1354 individuos (muestras de conveniencia), estas "Permiten seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador"³² El número de ítems para todos los instrumentos analizados, varió entre 9 (IIFA-S) y 49 (QPBS-EMCA). "Respecto a la extensión, el número habitual de preguntas suele situarse entre las 20 y las 30 preguntas y el tiempo necesario para su contestación alrededor de 15 minutos dependiendo de la población en estudio"³³. Los cues-

Tabla 3. Cuestionarios y Escalas de evaluación en lactancia creados y validados en español. Generalidades.

Cuestionario o Escala de Evaluación. País/Localidad/año	Propósito u Objetivo de investigación	Utilidad Clínica o posible impacto social	Nombre del artículo/Idioma de publicación/ Disponibilidad del Instrumento	Institución e Investigador responsable de solicitud /correspondencia/
EcoLa: Encuesta sobre conocimientos y habilidades en LM para Pediatras y residentes de pediatría España/Madrid Hospital Infantil Nino~ Jesús (HNJ) 2015	Cuantificar conocimientos básicos y habilidades en Pediatras y residentes de pediatría, en el manejo cotidiano de los problemas de la LM.	Se ofrece una herramienta para evaluar el conocimiento, de los pediatras y residentes en pediatría acerca de la LM, de la que se documentan validez y fiabilidad, adaptada al contexto español, breve y autoadministrable. Útil para realizar planes de adiestramiento o reforzar conocimiento sobre lactancia en aquellos pediatras o residentes de pediatría que muestren deficiencias en cuanto a ese conocimiento	<i>Validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en LM. (español)</i> Publicado en Anales de Pediatría. Asociación Española de Pediatría. Artículo de acceso abierto, incluye el cuestionario en el anexo	Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría, Madrid, España Marta Gómez Fernández-Vegue.
Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM España/Murcia Asociación Civil de apoyo a la lactancia "Lactando" 2015	Contar con instrumento validado en español que permita medir de manera cuantitativa, el impacto de las redes de apoyo a la LM	Se ofrece un instrumento que permite evaluar el nivel de satisfacción de las madres en relación al apoyo que recibe en los talleres de LM a los cuales acuden. Útil para la evaluación de la calidad de los talleres de lactancia, por parte de las madres que acuden a estos.	<i>Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM. (español)</i> Publicado por Nutrición Hospitalaria. Artículo de acceso abierto, cuestionario disponible en el artículo	Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Unidad Docente Obstétrico-Ginecológica Isabel Baño Piñero
Cuestionario de Apoyo Profesional a la LM del Programa de Gestión de la Calidad de la Atención Médica de la Región Española de Murcia (QPBS-EMCA) The Questionnaire on Professional Breastfeeding Support of the EMCA Program España/Murcia 2016	Desarrollar un instrumento para medir variables que influyen en el comportamiento de los profesionales de la salud con respecto a la protección, promoción y apoyo de la LM, especialmente relacionados con la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño (IHAN), y realizar una evaluación psicométrica	Las características psicométricas del QPBS-EMCA lo hacen adecuado para la evaluación de las creencias, actitudes, normas subjetivas e intenciones conductuales de los profesionales en relación con la LM y podrían ser útiles en los centros de atención médica que implementan procesos de mejora de la calidad basados en los Criterios Globales de evaluación de la implantación de la IHAN	<i>Development and Assessment of a Questionnaire to Study Protection, Promotion, and Support of Breastfeeding (ingles)</i> Publicado en Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing Artículo que se encuentra disponible por petición institucional a los autores o realizando pago vía on line.	Universidad de Murcia, Murcia, España. Rosa M. Bermejo

Tabla 3 continuación. Cuestionarios y Escalas de evaluación en lactancia creados y validados en español. Generalidades.

Cuestionario o Escala de Evaluación. País/Localidad/año	Propósito u Objetivo de investigación	Utilidad Clínica o posible impacto social	Nombre del artículo/Idioma de publicación/ Disponibilidad del Instrumento	Institución e Investigador responsable de solicitud /correspondencia/
ECOLaE: Encuesta sobre conocimientos en lactancia para enfermería España/ Cantabria Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud 2019.	Validar el Cuestionario sobre conocimientos y habilidades en LM en Enfermeras.	El ECOLaE nace como herramienta validada para los profesionales de enfermería, con el fin de tener un cuestionario fiable y acondicionado a la profesión, que permite evaluar el nivel de conocimiento en el personal de manera de fomentar la instrucción en aquellas profesionales que deseen corregir las deficiencias, mejorando así la repercusión en el fomento de la LM en las madres por ellas asistidas.	<i>ECOLaE: validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en LM para enfermería(español)</i> Publicado en Atención Primaria por Elsevier España Artículo de acceso abierto.	Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España Carolina Lechosa

Tabla 4. Cuestionarios creados y validados en español para investigación en LM

Cuestionario o Escala de Evaluación. País/Localidad /año	Población de Estudio/ número de ítems	Definición de la construcción y realización del cuestionario	Validez de criterio	Validez de contenido	Confiabilidad
EcoLa: Encuesta sobre conocimiento y habilidades en LM para Pediatras y residentes de pediatría España/Madrid Hospital Infantil Nino~ Jesús (HNJ) 2015	Pediatras y residentes de pediatría (49 pediatras y 48 residentes) 40 pediatras del foro virtual LM 31 alumnos de un curso básico sobre conocimientos de lactancia de la AEP para pediatras y residentes de pediatría. Total 168 individuos 31 ítems	Se pretendió <i>medir</i> : conocimientos básicos en lactancia, habilidades en el manejo cotidiano de problemas de LM en los pediatras. <i>Selección de ítems</i> : se diseñó un primer prototipo y se pilotó en 54 encuestas (antes y después de un curso de lactancia), quedando fuera 3 preguntas no discriminantes (acertadas por más del 95% de la muestra). Se propuso un segundo prototipo, se testó en 10 residentes de pediatría y se sometió al criterio de jueces, tras el cual se obtuvo el cuestionario definitivo de 31 ítems. El cuestionario categoriza las puntuaciones como notas para hacerlas fácilmente interpretables: < 55% muy insuficiente, 55-70% insuficiente, 70-85% bien, > 85% excelente. También se desarrolló una versión reducida del cuestionario.	Como no se disponía de Gold Standard o patrón de oro, se realizó una aproximación examinando las hipótesis de partida: a) los conocimientos serían mayores en los especialistas de LM, seguidos por los especialistas del hospital, y menores en los residentes; y b) los alumnos del curso mejorarían sus puntuaciones después del mismo, especialmente aquellos con menores conocimientos inicial	Se sometió al criterio de 14 jueces + 3 colaboradores, pediatras expertos en lactancia y miembros del Comité de LM de la AEP. El cuadro de expertos se amplió durante el trabajo, incorporando 5 nuevos miembros que se sumaron al Comité en este período. Se preguntó a los jueces 3 aspectos de cada ítem Para cuantificar sus respuestas se utilizó el índice de acuerdos (acuerdos/total de respuestas). Se consideraron valores > 0,80 como válidos	Consistencia interna. KR20 = 0,87. Estabilidad temporal. Puntuación global: CCI = 0,82 (IC 95%: 0,44-0,95), y agrupado como notas: CCI = 0,70 (IC 95%: 0,20-0,91).

Tabla 4 continuación. Cuestionarios creados y validados en español para investigación en LM

Cuestionario o Escala de Evaluación. País/Localidad /año	Población de Estudio/ número de ítems	Definición de la construcción y realización del cuestionario	Validez de criterio	Validez de contenido	Confiabilidad
Cuestionario para medir el impacto de las redes de apoyo a la LM España/Murcia Asociación Civil de apoyo a la lactancia "Lactando" España/Murcia. 2015	Madres lactantes que acudían al grupo de apoyo a la LM "Lactando". Se realizó un total de 45 cuestionarios. Obtuvieron 29 comentarios de los 45 cuestionarios final- 35 ítems	el primer boceto se hizo basándose en literatura sobre trabajos relacionados, se realizaron cuatro entrevistas semi estructuradas a expertos en materia de LM y con un experto en validación de cuestionarios. Se limitó el número de preguntas para disminuir la duración y no fuera extensa (10 min). Para la validez del constructo se hizo un análisis factorial y se obtuvieron las relaciones estructurales entre ítems. El método utilizado fue el Análisis de Componentes Principales, El método de rotación utilizado fue el Varimax. (Buscar los detalles en la tabla 1 del artículo publicado) Se usó el test de la t-Student, análisis de varianza Prueba piloto: cuestionarios a madres que acudían al grupo de apoyo.	Los ítems del cuestionario se plantearon a partir de la pregunta de investigación de ¿cuál es el impacto que ejercen las redes de apoyo a la LM sobre las mujeres que lactan? por no contar con un patrón estándar a seguir o Gold Standard	Se evaluó la validez de contenido sometiendo el cuestionario a un juicio de 11 jueces expertos en LM de la Región de Murcia. Fundamenta sus preguntas en función de cinco dimensiones obtenidas tras el análisis factorial del cuestionario, estas fueron: satisfacción, consultas, experiencias anteriores, problemas con la lactancia y apoyo por parte de los servicios de apoyo.	El cuestionario ha obtenido una alta consistencia interna para sus cinco componentes, consiguiendo valores que oscilan de 0,942 a 0,632. El porcentaje de varianza total explicada, fue elevado, siendo el porcentaje más alto 11,157% y el más bajo 5,093%. Sin embargo, algunos ítems fueron eliminados por no presentar variabilidad de respuesta tras el pilotaje, mejorando así la consistencia interna del cuestionario.
Cuestionario de Apoyo Profesional a la LM del Programa de Gestión de la Calidad de la Atención Médica de la Región Española de Murcia (QPBS-EMCA) 2 hospitales no acreditados IHAN y cinco centros de atención primaria. Alicante / España. 2016	201 profesionales de la maternidad y atención primaria. 49 ítems	El grupo de trabajo clasificó ítems en cuatro dominios de contenido: práctica de LM, información sobre LM e intervenciones de apoyo de los profesionales relacionados con la instalación y continuación de la LM, y el Código. Para eliminar los elementos que estaban mal calificados, el análisis cuantitativo se basó en la mediana y el porcentaje de acuerdo. La validez del constructo, se realizó mediante un análisis factorial exploratorio utilizando el método iterativo del eje principal con rotación varimax. Para evaluar la idoneidad del análisis, se calcularon para cada escala la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (de 0,79 a 0,88) y la prueba de esfericidad de Bartlett. (p <0,01) mostraron que el uso del análisis factorial era apropiado.	Utilizó la teoría de la acción razonada como marco conceptual y los Criterios Globales de evaluación de la implantación de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), para el desarrollo de las escalas que componen el QPBS- EMCA	Se maximizó mediante el empleo de escalas separadas para medir los diferentes niveles de resultado de la Teoría de acción razonada, utilizando un conjunto de elementos inclusivos y basando la evaluación y selección de elementos en el juicio experto de un equipo multidisciplinario que incluyó a 8 psicólogos y 20 profesionales clínicos, además de los criterios estadísticos reportados las	Los coeficientes alfa de Cronbach variaron de 0,65 a 0,81.

Tabla 4 continuación. Cuestionarios creados y validados en español para investigación en LM

Cuestionario o Escala de Evaluación. País/Localidad /año	Población de Estudio/ número de ítems	Definición de la construcción y realización del cuestionario	Validez de criterio	Validez de contenido	Confiabilidad
ECoLaE: Encuesta sobre conocimientos en lactancia para enfermería España/ Cantabria Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud España/ Cantabria 2019	112 enfermeras generalistas, enfermeras especialistas en pediatría y en obstetricia (matronas) con responsabilidad en el cuidado madre-hijo 22 ítems	La construcción del cuestionario fue tomada de la EcoLa para pediatras, por lo que se estimó que estos procedimientos eran adecuados, el cuestionario medía y tenía el mismo propósito para el que había sido construido y podría ser aplicado al personal de enfermería. El pilotaje inicial se realizó con 15 enfermeras expertas en LM y cuidados al binomio madre-hijo (3 de cada tipo de enfermera de la población a estudio). Se trató de una aproximación inicial al instrumento para realizar una validación lingüística y así valorar aspectos relacionados con la comprensibilidad y claridad del mismo, por parte de las enfermeras encuestadas.	Se origina de la ECoLa realizada para los Pediatras, que utilizaron para la validez de criterio una aproximación examinando sus hipótesis de partida (que los conocimientos de un experto en LM serían mayores y que los alumnos de una formación específica en LM, mejorarían las puntuaciones obtenidas tras la misma).	Se sometió al criterio de 22 jueces pediatras expertos en lactancia y miembros del Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. Se preguntó a los jueces 3 aspectos de cada ítem. Para cuantificar sus respuestas se utilizó el índice de acuerdos (acuerdos/total de respuestas). Se consideraron valores > 0,80 como válidos. Se sustituyen algunos términos usados en medicina para adecuarlos al ámbito de la enfermería sin alterar la validez del cuestionario de origen.	Consistencia interna. El KR20 para las preguntas con respuestas dicotómicas fue de 0,802. El alfa de Cronbach para las preguntas de respuesta múltiple fue de 0,719, y para la totalidad fue de 0,866. - Fiabilidad test-retest: Puntuación global: CCI = 0,856 (IC (95% 0,55-0,96).

tionarios más largos con 35 ítems y 49 ítems, se pudieron aplicar en un promedio de 10 y 15 minutos, respectivamente, según refieren los investigadores. Dos escalas fueron modificadas en el número de ítems en relación con la versión inicial, fue el caso de la BSES- SF¹⁶ y la IIFAS-S²⁴, ahora más cortas. Respecto al proceso de traducción, adaptación cultural y validación (TACV), cinco de los nueve instrumentos analizados (BSES-SF, PSESe, BBSC, IIFAS-S y WBSS) fueron adaptados al contexto español siguiendo los pasos (TACV) estándar de Ramada¹⁰. Se cumplieron con los parámetros metodológicos de validación exigidos y se realizó revisión de los conceptos y adaptación de los términos utilizados para realizar las preguntas de lo que se pretendía evaluar, sin que esto modificara el objetivo del instrumento, tal como se expresa en los artículos publicados para este proceso¹⁰⁻³³⁻³⁴. La validación de contenido fue realizada por grupos de expertos en LM. Para la validez del constructo, se realizó análisis factorial en la estructura interna reportándose adecuada estructura. WBSS no reportó análisis factorial. La validez predictiva fue descrita adaptando métodos, según las características del instrumento usado en cada población estudiada y éstos fueron evaluados inicialmente en estudios pilotos pre test o a través de entrevistas con la muestra a estudiar. La confiabilidad según el coeficiente alfa

de Cronbach, osciló entre 0.71 y 0.92 (WBSS=0.71, IIFAS=0.79, PSESe =0.91, BSES-SF=0.92 y BBSC= 0.92), observándose una adecuada y alta confiabilidad. Valores del alfa superiores a 0,7 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala⁹. En el caso de los instrumentos creados en el idioma español, debido a la inexistencia de Gold estándar, la construcción se realizó en función de la hipótesis o pregunta de investigación⁹. En los 4 cuestionarios estudiados se recibió asesoría de un grupo de expertos en el área, para la validez de contenido (28 en QPBS-EMCA, 22 en ambas ECoLa y 11 para la evaluación del impacto de redes de apoyo a la LM). Según Urrutia et al³⁵ el número de expertos debería variar entre 3 y 30 dependiendo del objetivo y de tipo de cuestionario a realizar. La validez del constructo fue detallada por los investigadores en función del análisis factoriales o de matrices que reportaron una adecuada validez de contenido y del constructo. No se mencionó la validez predictiva en ninguno de estos cuestionarios. Se sugieren como instrumentos confiables, por su alta consistencia interna, con un índice KR20 de 0.87 para la ECoLa aplicada a los pediatras, un KR20 de 0.802 y un índice alfa de Cronbach de 0.866 para la EcoLaE, en el cuestionario para evaluar el impacto de las redes de apoyo, obtuvo una alta consistencia interna para sus cinco componentes, consi-

guiendo valores que oscilan de 0.632 a 0.942, y en la QPBS-EMCA los coeficientes alfa de Cronbach variaron de 0.65 a 0.81. Los cuestionarios TACV al español como lo son la BSES-SF, PBSES y la IIFA-S, han sido probados en diversas investigaciones a nivel internacional y traducidos en varios idiomas, ahora también disponibles en el español. La BSES-SF ya ha sido utilizada al menos en 2 estudios científicos en español³⁶⁻³⁷ igualmente la IIFAS³⁸⁻³⁹. Si la validación científica del cuestionario está adelantada, sería un paso menos a cubrir, en el proceso investigativo. La disponibilidad de los cuestionarios es variada, tenemos los que tienen incluidos los cuestionarios en el artículo publicado, como es el caso del instrumento para evaluar el impacto de las redes de apoyo a la LM, y las EcoLa, así como artículos donde sólo se mencionan las preguntas en las tablas de análisis factorial o de evaluación, pero no dan disponibilidad al cuestionario ya estructurado y preparado para aplicar en la población a estudiar y cuestionarios que deben ser solicitados con autorización interinstitucional o con pago por internet por contar con derecho de autoría. Esto puede ser una limitante para los investigadores, a la hora de tener acceso al instrumento e inclusive al artículo completo, como ocurrió durante el proceso de cribado, en esta investigación, con algunos artículos que tuvieron que ser eliminados, por no estar accesibles o por no recibir respuesta por parte de los autores a quienes les fue solicitado.

CONCLUSIONES

A pesar de que existe una gran multiplicidad de estudios en el tema de LM a nivel mundial, son pocos los estudios que contienen cuestionarios, sustentados sobre pilares sólidos de validación, que les permitan a los investigadores, generar confianza para su uso, y más aún en español. Es necesario que cuando un instrumento sea creado para una investigación, éste pueda ser validado con una metodología científica, que sustente su calidad, haciéndole confiable para su uso por otros investigadores, tal es el caso de los nueve cuestionarios analizados en la presente revisión sistemática, los cuales cumplen con los criterios metodológicos de validación establecidos desde el inicio de la investigación. Si bien es cierto que existe una gran variabilidad, de acuerdo a la poblaciones a las cuales se aplican (madres en post parto, madres trabajadoras, embarazadas, médicos, enfermeras pediátricas y matronas) y también en función del objetivo a evaluar de cada uno (conocimientos, actitudes y apoyo a la LM), no podemos afirmar que un cuestionario sea mejor que otro y desde el punto de vista práctico, se invita al lector a someter a su consideración, la escogencia de un instrumento que se adecue al objetivo de su investigación, o en términos de validez, que realmente mida lo que pretende medir y le sirva para el propósito por el cual realiza la investigación. Esperamos este trabajo pueda ser una guía práctica para consulta de los interesados en relación a cuestionarios validados para investigación en LM en español.

REFERENCES

1. World Health Organization. Breastfeeding. [Internet]. 2021 [citado 10 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
2. Instituto Nacional de Estadísticas. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar social. Situación de Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. Resumen Ejecutivo. Madrid, 2020 [citado 10 de julio de 2021] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/ResumenEjecutivo2018.pdf>
3. Tirano-Bernate DC, Pinzón-Espitia OL, González-Rodríguez JL. Factores de riesgo y barreras de implementación de la lactancia materna: revisión de literatura. *Rev Esp Nutr Hum Diet* 22(4): 263-71.
4. Casal CS, Lei A, Young SL, Tuthill EL. A critical review of instruments measuring breastfeeding attitudes, knowledge, and social support. *J Hum Lact* 2017;33(1):21-47.
5. Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, Cusson RM, Young SL. Breastfeeding self-efficacy: a critical review of available instruments. *J Hum Lact* 2016;32(1):35-45.
6. Grant M. J, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health information and libraries journal*. 2009; 26(2):91-108.
7. Codina, L. Revisiones bibliográficas sistematizadas en Ciencias Humanas y Sociales. 1: Fundamentos. *Métodos Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*, 1. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2020. p. 50-60. Disponible en: <https://repositori.upf.edu/handle/10230/44601>
8. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2009; 21;6(7).
9. Arribas, M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*. 2004;5(17):23-29. Disponible en: http://www.rincondepaco.com.mx/rincon/Inicio/Seminario/Documentos/Art_met/Diseño_validación_cuestionarios.pdf
10. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud publica Mex*. 2013; 55(1): 57-66.
11. Aguilar-Navarro HJ, Coronado-Castilleja A, Gómez-Hernández, OJ, Cobos-Aguilar H. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana. *Acta pediatri de Méx*. 2016; 37(3):149-158.
12. Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, Pozo Ayuso M^a, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. *Análisis de fiabilidad*. *Index de Enferm*. 2008;17(3):205-209.
13. Pol Pons A, Mercè Aubanell Serra S, Vidal M, Ojeda Ciurana I, Martí Lluch R, Ponjoan A. Breast feeding basic competence in pri-

- mary care: Development and validation of the CAPA questionnaire. *Midwifery*. 2016; 42: 87-92.
14. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999; 22(5): 399-409.
 15. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32(6):734-744.
 16. Oliver-Roig A, d'Anglade-González ML, García-García B, Silva-Tubio JR, Richart-Martínez M, Dennis CL. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(2):169-173.
 17. Wells KJ, Thompson NJ, Kloeblen AS. Development and psychometric testing of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale. *Am J Health Behav*. 2006; 30(2):177-187.
 18. Piñero-Albero RM, Ramos-Pichardo JD, Oliver-Roig A, Velandrino-Nicolás A, Richart-Martínez M, García-de-León-González R, Wells KJ. The Spanish version of the prenatal breast-feeding self-efficacy scale: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50(10):1385-1390.
 19. Mora ADL, Russell DW, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L. The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity. *J Appl Soc Psychol*. 1999; 29(11):2362-2380.
 20. Dungy CI, McInnes RJ, Tappin DM, Wallis AB, Opreescu F. Infant feeding attitudes and knowledge among socioeconomically disadvantaged women in Glasgow. *Matern Child Health J*. 2008; 12(3):313-322.
 21. Mitchell-Box K, Braun KL, Hurwitz EL, Hayes DK. Breastfeeding attitudes: association between maternal and male partner attitudes and breastfeeding intent. *Breastfeed Med*. 2013;8(4):368-373.
 22. Karande S, Perkar S. Do fathers' attitudes support breastfeeding? A cross-sectional questionnaire-based study in Mumbai, India. *Indian J Med Sci*. 2012;66(1-2):30-39.
 23. Tomás-Almarcha R, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M. Reliability and Validity of the Reduced Spanish Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(5): e26-e40.
 24. Bai Y, Peng CY, Fly AD. Validation of a short questionnaire to assess mothers' perception of workplace breastfeeding support. *J Am Diet Assoc*. 2008; 108(7):1221-1225.
 25. Leon-Larios F, Pinero-Pinto E, Arnedillo-Sanchez S, Ruiz-Ferron C, Casado-Mejia R, Benitez-Lugo M. Female employees' perception of breastfeeding-friendly support in a public university in Spain. *Public Health Nurs*. 2019; 36(3):370-378.
 26. Mulder PJ, Johnson TS. The beginning breastfeeding survey: Measuring mothers' perceptions of breastfeeding effectiveness during the postpartum hospitalization. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):329-344.
 27. Saus-Ortega C, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M, Mulder P, Cabrero-García J. Validation of the Spanish Version of the Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative: A Follow-up Study. *J Hum Lact*. 2019;35(4):672-682.
 28. Gomez-Fernandez-Vegue M, Menendez-Orenga M. Development and Validation of a Breastfeeding Knowledge And Skills Questionnaire. *An Pediatr* 2015;83(6):387-396.
 29. Baño-Piñero I, Canteras-Jordana M, Carrillo-García C, López-Araez A, Martínez-Roche ME. Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna. *Nutr Hosp*. 2015; 31(4):1525-1532.
 30. Bermejo RM, Parra-Hidalgo P, Oliver-Roig A, Hidalgo MD, Arellano-Morata C, García-de-León-González R. Development and Assessment of a Questionnaire to Study Protection, Promotion, and Support of Breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016 Mar-Apr;45(2):166-79.
 31. Lechosa-Muñiz C, Cobo-Sánchez JL, Herrera-Castanedo S, Cornejo-del-Rio E, Mateo-Sota S, de Adana-Herrero, Sáez M. ECoLaE: Validation of a questionnaire on breastfeeding knowledge and skills for Nursing. *Aten Primaria*. 2020;52(6):373-380.
 32. Otzen T, Manterola C. Sampling techniques on a population study. *Int. J. Morphol*. 2017; 35(1): 227-232.
 33. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria* 2003;31(8):527-538,
 34. García-de-Yébenes- Prous, M J, Rodríguez-Salvanés F, Carmona-Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin*. 2009;5(4): 171-177,
 35. Urrutia-Egaña M, Barrios-Araya S, Gutiérrez-Núñez M, Mayorga-Camus M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*. 2014;28(3):547-558.
 36. Marco-Alegria TD, Martínez-Martínez D, Muñoz-Gómez MJ, Sayas-Ortiz I, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M. Valores de referencia españoles para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37(2):203-11.
 37. Balaguer-Martínez JV, Gatell-Carbó A, Biosca-Pàmies M, Canadell-Villaret D, Giribet-Folch M, Caubet-Busquet I, *et al*. Capacidad predictiva para la lactancia y determinación del mejor punto de corte de la escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form. *Rev Pediatr Aten Primaria*. Supl. 2020;(28):27.
 38. Cotel MDCS, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Novío S. Infant Feeding Attitudes and Practices of Spanish Low-Risk Expectant Women Using the IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale). *Nutrients*. 2018 Apr 22;10(4):520.
 39. González-Pascual JL, Aguilar-Ortega JM, Esteban-Gonzalo L, Mesa-Leiva C, Pérez-García S, Cardenet-Reyes C. Comparison of attitudes to breastfeeding among Spanish-born and Chinese-born postpartum women in Madrid. *Int Breastfeed J*. 2018; 13:45.