

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA

Tesis doctoral

La Web 2.0 (o Web social): clave para el empoderamiento y el apoyo en la lactancia materna

PRESENTADA POR

Ana Isabel Díaz Cano

DIRIGIDA POR

Dra. Ana Esplugues Cebrián

Enero, 2024



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA



Facultat d'Infermeria i Podologia

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA

Tesis doctoral

La Web 2.0 (o Web social): clave para el empoderamiento y el apoyo en la lactancia materna

PRESENTADA POR

Ana Isabel Díaz Cano

DIRIGIDA POR

Dra. Ana Esplugues Cebrián

Enero, 2024



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA



Facultat d'Infermeria i Podologia

Doña Ana Esplugues Cebrián, Profesora Titular del Departamento de Enfermería de la Universitat de València.

CERTIFICA:

Que la presente memoria, titulada:

“La web 2.0 (o web social): clave para el empoderamiento y el apoyo en la lactancia materna”, corresponde al trabajo realizado bajo su dirección por Doña Ana Isabel Díaz Cano, para su presentación como Tesis Doctoral en el Programa de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria de la Universitat de València.

Y para que conste firma el presente certificado en Valencia, a 12 de enero de 2024.

ANA|
ESPLUGUES|
CEBRIAN

Firmado digitalmente
por ANA|ESPLUGUES|
CEBRIAN
Fecha: 2024.01.12
15:17:03 +01'00'

AGRADECIMIENTOS

Cuando una persona decide lanzarse y aventurarse en el proceso de realizar una tesis doctoral, se imagina horas de trabajo y estudio, se imagina tener que hacer algún que otro sacrificio, pero cuando una ya está inmersa en el proceso, las horas imaginadas se multiplican por mil, los esfuerzos son incontables y las renunci@s que tienes que asumir para llevar a buen puerto tu proyecto, superan a todo lo imaginable.

Pero descubres que en este proceso no estás sola, que tienes personas luminosas que te ayudan y te acompañan, de una forma u otra, a enfrentarte a todos esos momentos buenos y malos. Tod@s ell@s forman parte de esta tesis.

GRACIAS Ana, la mejor tutora que sin duda hubiera podido tener. Mi primer agradecimiento es tuyo. Si alguien ha sido motor y referente eres tú. GRACIAS por compartir conmigo tu conocimiento, tus palabras, tus ánimos en las horas bajas, por respetar esos momentos en que el cansancio se apoderaba de mí y me quedaba sin poder avanzar, GRACIAS por confiar en mí (en algunos momentos más que yo misma). GRACIAS por haber estado y seguir estando, tan cercana a pesar de la distancia. Trabajar junto a ti ha sido un gran privilegio. Hemos vivido juntas embarazos, lactancias, crianzas y hasta una pandemia, ahora nos tocará celebrar con un poco de sidra o agua de Valencia la tesis y la vida.

GRACIAS a mi familia, puedo decir muy alto la suerte que tengo de tenerla, ellos no entienden de lo que hablo el 95% de las veces, pero siempre están a mi lado animándome, dándome todo su apoyo y minimizando los baches del camino. GRACIAS, en especial, a mis padres, porque sin su esfuerzo y educación nunca hubiera llegado a ser quién soy, os lo debo todo.

GRACIAS a mis niñ@s, Pelayo y María, por vuestra forma de ver el mundo, por vuestra inocencia, por vuestras conversaciones y vuestros “mimoseos”... Por soportar tantos momentos “robados” por este proyecto, que espero os sirva de ejemplo cuando seáis entenderlo. Sin duda, la principal motivación de esta tesis sois vosotr@s.

GRACIAS a ti Paco, “mi marido”, como te hace gracia que te presente y se te hace raro después de veintitantos años, una y mil veces GRACIAS, por ser luz cada día de mi vida, por estar siempre con tu sonrisa en los días en los que no me apetecía nada, por llamarme cada día, por ser mi red de apoyo y por compartir conmigo este proyecto de vida.

GRACIAS a mis amig@s, l@s de siempre y l@s de ahora, no hace falta dar nombres, ell@s saben quienes son, por comprender lo que supone pasar horas y horas sin despegarme del ordenador y estar siempre presentes, en los momentos dulces pero sobre todo en los amargos, por no permitirme abandonar, por vuestros ánimos, por tantos cafés de amiga terapia, por las risas, por los lloros, por los abrazos, por el mindfulness.

GRACIAS a todas las madres y enfermeras que han colaborado conmigo desinteresadamente, por hacer posible este proyecto y, en especial, a mis compañeras del Team Las Vegas y a mis enfermerucas del Banco de Sangre, porque conoceros y trabajar con vosotras ha sido la mayor suerte en mi vida.

Y, por último, pero no menos importante, me doy las GRACIAS A MÍ, por la valentía de empezar, la paciencia y la constancia de continuar, la fuerza para superar los baches de la vida, el arte de saber parar a tiempo y la fortaleza de salir adelante y finalizar este proyecto.

**Breastfeeding is a mother's gift to herself,
her baby and the Earth**

Pam Wiggins
(IBCLC)

RESUMEN

Introducción

A pesar de las reconocidas ventajas de la lactancia materna para la salud física y emocional para el tándem madre-recién nacido, la sociedad y el medio ambiente, las cifras de inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en el mundo no alcanzan el patrón óptimo recomendado por los organismos internacionales.

En Asturias, es escasa la investigación sobre prevalencia de lactancia materna. La decisión de amamantar depende de factores de tipo individual, sanitario, comunitario, sociocultural y político, sin olvidarnos del importante papel que juegan los profesionales sanitarios y las redes de apoyo a la lactancia materna. Conocer este engranaje multifactorial podría permitir diseñar estrategias adecuadas para la promoción de la lactancia materna en nuestra práctica diaria.

En el ámbito sociosanitario y dada la estrecha relación existente entre salud, persona y sociedad, las nuevas formas de comunicación social a través de Internet, en general, y las herramientas 2.0, en particular, se están convirtiendo en las últimas décadas en una herramienta indispensable para el cuidado enfermero.

Amamantar es un acto eminentemente social que precisa de redes de apoyo formal e informal y de una atención continuada, ya sea presencial o virtual, para un impacto positivo en la duración y exclusividad de la lactancia materna. Por ello, los profesionales de enfermería debemos considerar la Web social o Web 2.0 como un escenario complementario al cuidado tradicional para la intervención comunitaria, el fomento de la lactancia materna y el empoderamiento de las mujeres que desean amamantar.

Objetivos generales

- 1) Conocer si las herramientas de Salud 2.0 (o de la Web 2.0) pueden facilitar la continuidad de cuidados y el éxito de la lactancia materna.
- 2) Determinar la prevalencia de lactancia materna en la Zona Básica de Salud de Corvera de Asturias y evaluar los factores relacionados con su instauración y mantenimiento en el periodo comprendido entre 2010 y 2019.

Método

Se ha llevado a cabo un estudio de metodología combinada con el que se pretende conocer si la Web 2.0 puede constituir una red de apoyo más para el fomento de la lactancia materna a través de tres tipos de estudios.

En primer lugar, se ha realizado un estudio descriptivo de la prevalencia de lactancia materna en Corvera de Asturias entre los años 2010 y 2019 y los factores asociados con el inicio, duración y mantenimiento de la misma, mediante un estudio de cohorte retrospectiva a partir de datos de registros poblacionales.

Posteriormente, se llevó a cabo una búsqueda en los principales App Markets, sobre las aplicaciones móviles de salud existentes sobre lactancia materna en Internet, analizando mediante un estudio descriptivo, sus características e indicaciones principales y su evolución en el tiempo, con la influencia de la pandemia por Covid-19 de por medio, para evaluar su usabilidad como herramientas en salud para la promoción de la lactancia materna.

Y, por último, se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio, mediante dos grupos focales, con el objetivo de conocer la opinión de un grupo de madres y profesionales expertas en lactancia materna acerca del uso de los recursos 2.0, para complementar a las formas tradicionales de apoyo a la lactancia materna e identificar el contenido y soporte más adecuado.

Resultados

La prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta en Corvera (60,17%), entre 2010 y 2019, n=949, es superior a la de Asturias (56,3%), pero es más baja si la comparamos con los datos a nivel nacional (en torno a un 70%) y nos encontramos aún muy lejos de las recomendaciones internacionales. Los factores con efecto positivo en la duración y mantenimiento de la lactancia materna son: haber recibido una adecuada educación maternal, OR=3,48 (9,43-19,73), haber realizado contacto “piel con piel” entre madre y recién nacido, OR=1,73 (1,16-2,57) y ser una familia de altos ingresos, OR=8,98 (1,37-177,81).

Se ha encontrado un amplio mercado de apps sobre lactancia materna en Internet (n=213) entre 2008 y 2021 y, en los últimos años, se ha duplicado la producción de apps sobre lactancia materna. La media de descargas es el triple desde el análisis inicial, lo que refleja una nueva forma de comunicación social. Han aumentado las apps que permiten el feedback, lo que refleja una necesidad de interacción y participación social. También cabe destacar que la mayoría de las apps van dirigidas a madres/padres, dato indicativo de un cambio hacia la corresponsabilidad en el cuidado, y ha aumentado el porcentaje de desarrolladores profesionales, lo que refleja el creciente interés y la incorporación de los profesionales al mundo digital.

El análisis cualitativo de las opiniones de madres y profesionales sobre el apoyo hacia la lactancia materna, pone de manifiesto el escaso compromiso y la poca información recibida de una gran parte de los profesionales sanitarios, debida a la falta de formación en lactancia materna y en habilidades sociales. Asimismo, coinciden en la necesidad de recibir una información fiable y de calidad, y de la creación de grupos de apoyo entre iguales, ya sea de forma presencial, on line o una combinación de ambas.

Conclusiones

Los motivos de abandono precoz de la lactancia materna son, principalmente, problemas con la lactancia materna y causas laborales. Por ello, es necesario el compromiso de las instituciones sanitarias para motivar y formar al personal sanitario en temas de lactancia materna y habilidades sociales para ofrecer una educación prenatal y una atención de calidad. Asimismo, se requiere implementar, a nivel político y/o empresarial, medidas que faciliten la conciliación familiar y no supongan una barrera a la continuación de la lactancia materna.

Proporcionar a las mujeres que desean amamantar un espacio de información seguro y confiable, con participación y apoyo entre iguales, durante el embarazo, parto y puerperio, podría ser una herramienta eficaz para conseguir una lactancia materna exitosa.

Las enfermeras debemos capacitarnos e incluir las herramientas de la Web 2.0 como complemento a las redes de apoyo tradicional, como una nueva herramienta de intervención comunitaria que proporcione información actualizada y basada en la evidencia científica y empezar a recomendar recursos web o apps de calidad para el fomento de la lactancia materna y el empoderamiento femenino.

ABSTRACT

Introduction

Despite the recognised advantages of breastfeeding for the physical and emotional health of the mother-newborn tandem, society and the environment, the figures for initiation and maintenance of exclusive breastfeeding in the world do not reach the optimal pattern recommended by international organisations.

In Asturias, research on breastfeeding prevalence is scarce. The decision to breastfeed depends on individual, health, community, socio-cultural and political factors, not forgetting the important role played by health professionals and breastfeeding support networks. Understanding this multi-factorial interplay allows us to design appropriate strategies for the promotion of breastfeeding in our daily practice.

In the social and healthcare field, and given the close relationship between health, the individual and society, new forms of social communication via the Internet, in general, and 2.0 tools, in particular, have become an indispensable tool for nursing care in recent decades.

Breastfeeding is an eminently social act that requires formal and informal support networks and continuous care, whether face-to-face or virtual, for a positive impact on the duration and exclusivity of breastfeeding. Therefore, nursing professionals should consider the social Web or Web 2.0 as a complementary scenario to traditional care for community intervention, the promotion of breastfeeding and the empowerment of women who wish to breastfeed.

General Objectives

- 1) To find out whether Health 2.0 (or Web 2.0) tools can facilitate continuity of care and breastfeeding success.
- 2) To determine the prevalence of breastfeeding in the Basic Health Area of Corvera of Asturias and to evaluate the factors related to its establishment and maintenance in the period from 2010 and 2019.

Method

A combined methodology study was carried out to find out whether Web 2.0 can constitute another support network for the promotion of breastfeeding through three types of studies.

Firstly, a descriptive study of the prevalence of breastfeeding in Corvera of Asturias between 2010 and 2019 and the factors associated with the onset, duration and maintenance of breastfeeding was carried out by means of a retrospective cohort study using data from population-based registers.

Subsequently, a search was carried out in the main App Markets on existing mobile health applications on breastfeeding on the Internet, analysing through a descriptive study, their main characteristics and indications and their evolution over time, with the influence of the Covid-19 pandemic in between, to assess their usability as health tools for the promotion of breastfeeding.

Finally, an exploratory qualitative study was carried out by means of two focus groups, with the aim of finding out the opinion of a group of mothers and professional experts in breastfeeding on the use of 2.0 resources to complement traditional forms of support for breastfeeding and to identify the most appropriate content and support.

Results

The prevalence of exclusive breastfeeding at discharge in Corvera (60,17%), between 2010 and 2019, n=949, is higher than in Asturias (56,3%), but it is lower when compared with national data (around 70%) and we are still far from international recommendations. The factors with a positive effect on the duration and maintenance of breastfeeding are: having received adequate maternal education, OR=3,48 (9,43-19,73), having skin-to-skin contact between mother and newborn, OR=1,73 (1,16-2,57) and being a high-income family, OR=8,98 (1,37-177,81).

A large market for breastfeeding apps has been found on the Internet (n=213) between 2008 and 2021 and, in recent years, the production of breastfeeding apps has doubled. The average number of downloads has tripled since the initial analysis, reflecting a new form of social communication. Apps that allow feedback have increased, reflecting a need for social interaction and participation. It is also worth noting that the majority of apps are aimed at mothers/fathers, indicating a shift towards co-responsibility in care, and the percentage of professional developers has increased, reflecting the growing interest and incorporation of professionals in the digital world.

The qualitative analysis of the opinions of mothers and professionals on support for breastfeeding reveals a lack of training and commitment on the part of a large proportion of healthcare professionals, due to a lack of training in breastfeeding and social skills. They also agree on the need for reliable, quality information and the creation of peer support groups, whether in person, online or a combination of both.

Conclusions

The reasons for early abandonment of breastfeeding are problems with breastfeeding and work-related causes. For this reason, the commitment of health institutions is necessary to motivate and train health personnel in breastfeeding and social skills in order to offer prenatal education and quality care. It is also necessary to implement, at a political and/or business level, measures that facilitate family reconciliation and do not pose a barrier to the continuation of breastfeeding.

Providing women who wish to breastfeed with a safe and reliable information space, with participation and peer support, during pregnancy, childbirth and puerperium, could be an effective tool to achieve successful breastfeeding.

Nurses should be trained and include Web 2.0 tools as a complement to traditional support networks as a new community intervention tool that provides up-to-date, evidence-based information and start recommending quality web resources or apps for the promotion of breastfeeding and women's empowerment.

RESUMEN

Introducció

Malgrat els reconeguts avantatges de la lactància materna per a la salut física i emocional per al tàndem mare-nounat, la societat i el medi ambient, les xifres d'inici i manteniment de la lactància materna exclusiva en el món no aconseguixen el patró òptim recomanat pels organismes internacionals.

A Astúries, és escassa la investigació sobre prevalença de lactància materna. La decisió d'alletar depèn de factors de tipus individual, sanitari, comunitari, sociocultural i polític, sense oblidar-nos de l'important paper que juguen els professionals sanitaris i les xarxes de suport a la lactància materna. Conèixer aquest engranatge multifactorial permet dissenyar estratègies adequades per a la promoció de la lactància materna en la nostra pràctica diària.

En l'àmbit sociosanitari i donada l'estreta relació existent entre salut, persona i societat, les noves formes de comunicació social a través d'Internet, en general, i les eines 2.0, en particular, s'estan convertint en les últimes dècades en una eina indispensable per a les cures infermeres.

Alletar és un acte eminentment social que precisa de xarxes de suport formal i informal i d'una atenció continuada, ja siga presencial o virtual, per a un impacte positiu en la duració i exclusivitat de la lactància materna. Per això, els professionals d'infermeria hem de considerar la Web social o Web 2.0 com un escenari complementari a la cura tradicional per a la intervenció comunitària, el foment de la lactància materna i l'apoderament de les dones que desitgen alletar.

Objectius generals

- 1) Conèixer si les eines de Salut 2.0 (o de la Web 2.0) poden facilitar la continuïtat de cures i l'èxit de la lactància materna.
- 2) Determinar la prevalença de lactància materna en la Zona Bàsica de Salut de Corvera d'Astúries i avaluar els factors relacionats amb la seua instauració i manteniment en el període comprés entre 2010 i 2019.

Mètode

S'ha dut a terme un estudi de metodologia combinada amb el qual es pretén conèixer si la Web 2.0 pot constituir una xarxa de suport més per al foment de la lactància materna a través de tres tipus d'estudis.

En primer lloc, s'ha realitzat un estudi descriptiu de la prevalença de lactància materna en Corvera d'Astúries entre els anys 2010 i 2019 i els factors associats amb l'inici, duració i manteniment d'aquesta, mitjançant un estudi de cohorts retrospectiu a partir de dades de registres poblacionals.

Posteriorment, es va dur a terme una cerca en els principals App Markets, sobre les aplicacions mòbils de salut existents sobre lactància materna en Internet, analitzant mitjançant un estudi descriptiu, les seues característiques i indicacions principals i la seua evolució en el temps, amb la influència de la pandèmia per Covid-19 pel mig, per a avaluar la seua usabilitat com a eines en salut per a la promoció de la lactància materna.

I, finalment, es va realitzar un estudi qualitatiu de tipus exploratori, mitjançant dos grups focals, amb l'objectiu de conèixer l'opinió d'un grup de mares i professionals expertes en lactància materna sobre l'ús dels recursos 2.0, per a complementar a les formes tradicionals de suport a la lactància materna i identificar el contingut i suport més adequat.

Resultats

La prevalença de lactància materna exclusiva a l'alta en Corvera (60,17%), entre 2010 i 2019, $n=949$, és superior a la d'Astúries (56,3%), però és més baixa si la comparem amb les dades a nivell nacional (al voltant d'un 70%) i ens trobem encara molt lluny de les recomanacions internacionals. Els factors amb efecte positiu en la duració i manteniment de la lactància materna són: haver rebut una adequada educació maternal, $OR=3,48$ (9,43-19,73), realitzat contacte "pell amb pell" entre mare i nouat, $OR=1,73$ (1,16-2,57) i ser una família d'alts ingressos, $OR=8,98$ (1,37-177,81).

S'ha trobat un ampli mercat d'apps sobre lactància materna en Internet ($n=213$) entre 2008 i 2021 i, en els últims anys, s'ha duplicat la producció d'apps sobre lactància materna. La mitjana de descàrregues és el triple des de l'anàlisi inicial, la qual cosa reflecteix una nova forma de comunicació social. Han augmentat les apps que permeten el feedback, la qual cosa reflecteix una necessitat d'interacció i participació social. També cal destacar que la majoria de les apps van dirigides a mares/pares, dada indicativa d'un canvi cap a la corresponsabilitat en la cura, i ha augmentat el percentatge de desenvolupadors professionals, la qual cosa reflecteix el creixent interès i la incorporació dels professionals al món digital.

L'anàlisi qualitativa de les opinions de mares i professionals sobre el suport cap a la lactància materna, posa de manifest la falta de formació i compromís d'una gran part dels professionals sanitaris, deguda a la falta de formació en lactància materna i en habilitats socials. Així mateix, coincideixen en la necessitat d'una informació fiable i de qualitat, i de creació de grups de suport entre iguals, ja siga de manera presencial, en línia o una combinació d'ambdues.

Conclusions

Els motius d'abandonament precoç de la lactància materna són problemes amb la lactància materna i causes laborals. Per això, és necessari el compromís de les institucions sanitàries per a motivar i formar al personal sanitari en temes de lactància materna i habilitats socials per a oferir una educació prenatal i una atenció de qualitat. Així mateix, es requereix implementar, a nivell polític i/o empresarial, mesures que faciliten la conciliació familiar i no suposen una barrera a la continuació de la lactància materna.

Proporcionar a les dones que desitgen alletar un espai d'informació segur i de confiança, amb participació i suport entre iguals, durant l'embaràs, part i puerperi, podria ser una eina eficaç per a aconseguir una lactància materna amb èxit.

Les infermeres hem de capacitar-nos i incloure les eines de les Web 2.0 com a complement a les xarxes de suport tradicional com una nova eina d'intervenció comunitària que proporcione informació actualitzada i basada en l'evidència científica i començar a recomanar recursos web o apps de qualitat per al foment de la lactància materna i l'apoderament femení.

INDICE GENERAL

Listado de abreviaturas y acrónimos	25
Listado de tablas	29
Listado de figuras	31

Capítulo 1. Introducción y justificación

1.1. Introducción	35
1.2. Justificación	39

Capítulo 2. Marco teórico general

2.1. La lactancia materna	45
2.1.1. Beneficios de la lactancia materna	45
2.1.2. Riesgos de no amamantar	63
2.1.3. Prevalencia de la lactancia materna	66
2.1.4. Políticas y programas de actuación para la protección, promoción y desarrollo de la lactancia materna	73
2.1.5. El rol de los profesionales de enfermería en el fomento de la lactancia materna y la continuidad de cuidados	86
2.1.6. Los grupos de apoyo a la lactancia materna	92
2.2. La Web social o Web 2.0	105
2.2.1. Tecnologías de la información y comunicación aplicadas a la salud	105
2.2.2. El nuevo escenario de la "Sociedad del conocimiento"	106
2.2.3. La evolución de Internet: de la Web 1.0 a la Web 2.0	108
2.2.4. Uso de las tecnologías de la información y comunicación en España	114
2.2.5. La utilización de las TIC en el ámbito de la salud	117
2.2.6. Las comunidades virtuales en salud	119
2.2.7. La Web 2.0 y los profesionales de la salud	120
2.2.8. Lactancia materna 2.0	122

Capítulo 3. Hipótesis y objetivos

3.1. Hipótesis	129
3.2. Objetivos generales	129
3.3. Objetivos específicos	129

**Capítulo 4. Descripción de la prevalencia,
tipo y duración de la lactancia materna en la Zona Básica
de Salud de Corvera de Asturias (España)
y sus factores asociados en el periodo 2010-2019** **131**

4.1. Introducción	133
4.2. Metodología	135
4.2.1. Diseño general del estudio.	135
4.2.2. Ámbito de estudio	135
4.2.3. Obtención de los datos	138
4.2.4. Variables a estudio.	139
4.2.5. Análisis estadístico.	140
4.3. Resultados	143
4.3.1. Características sociodemográficas de la población estudiada	143
4.3.2. Prevalencia, tipo y duración de la lactancia materna.	146
4.3.3. Factores asociados a la prevalencia y duración de la lactancia materna.	147
4.4. Discusión	151

Capítulo 5. La lactancia materna 2.0 **169**

5.1. Introducción	171
5.1.1. Aplicaciones móviles: definición, historia y desarrollo	171
5.1.2. Las aplicaciones móviles relacionadas con la salud.	173
5.2. Estudio descriptivo de aplicaciones móviles de salud en lactancia materna y recomendaciones de uso	185
5.2.1. Introducción	185
5.2.2. Metodología	185
5.2.3. Resultados	187
5.2.4. Discusión	191

Capítulo 6. Percepción de madres y profesionales sobre la Web 2.0 como un nuevo apoyo a la lactancia materna mediante un enfoque cualitativo	197
6.1. Introducción	199
6.2. Metodología	203
6.2.1. Diseño general del estudio	203
6.2.2. Marco del estudio.	204
6.2.3. Participantes	204
6.2.4. Equipo investigador	205
6.2.5. Contacto y recogida de datos.	205
6.2.6. Convocatoria de los grupos	208
6.2.7. Análisis de los datos.	209
6.3. Resultados	211
6.3.1. Categoría 1: Dificultades encontradas durante la lactancia materna	212
6.3.2. Categoría 2: La importancia de recibir ayuda: primeras redes de apoyo	214
6.3.3. Categoría 3: Otras redes de apoyo.	217
6.3.4. Categoría 4: Un sistema sanitario con deficiencias	219
6.3.5. Categoría 5: Pandemia y lactancia materna 2.0	223
6.3.6. Categoría 6: Salud 2.0 y apps en lactancia materna: una nueva forma de apoyo	226
6.3.7. Categoría 7: Características de una app sobre lactancia materna “ideal”. . . .	229
6.4. Discusión	231
6.5. Conclusiones	235
Capítulo 7. Conclusiones	237
Capítulo 8. Bibliografía	245
Capítulo 9. Anexos	267

LISTADO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ACPAM: Associació Catalana Pro Alletament Matern
AEBLH: Asociación Española de Bancos de Leche Humana
AECCLM: Asociación Española de Consultoras Certificadas en Lactancia Materna
AELEMA: Asociación Española de Lactancia Materna
AEP: Asociación Española de Pediatría
AMS: Asamblea Mundial de Salud
ANSES: Agencia Francesa de Seguridad Alimentaria, Medioambiental y Salud y Seguridad en el Trabajo
AP: Atención Primaria
APILAM: Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna
APP: Aplicación Móvil
APROMAP: Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias
ARPANet: Advanced Research Projects Agency Network
AVAC: Años de Vida Ajustados por Calidad
BFHI: Baby Friendly Hospital Initiative
(en español: Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN))
BOE: Boletín Oficial del Estado
BPA: Chlorpyrifos, Bisphenol A
BPP: Borge Priens Prove
BSES-SF: Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form
CC: Continuidad de Cuidados
CCAA: Comunidad Autónoma
CEI: Estados Independientes de la Commonwealth
CERN: Conseil Européen pour la Recherche Nucléaire
CI: Coeficiente Intelectual
CO₂: Dióxido de Carbono
CR: Cociente de Riesgo
CTFPHC: Canadian Task Force on Preventive Health Care
DDE: Diclorodifenildicloroetileno
DDT: Diclorodifeniltricloroetano
DE: Desviación Estándar
DM: Diabetes Mellitus
DMO: Densidad Mineral Ósea
EAPN: Estrategia de Atención al Parto y Nacimiento Normal
ECAs: Ensayos Clínicos Aleatorizados
ECE: Europa Central y Oriental
ECN: Enterocolitis Necrotizante
ECV: Enfermedad Cardiovascular
ENS: Encuesta Nacional de Salud
ESD: Estrategia de Salud Digital

ESO: Educación Secundaria Obligatoria
EUnetHTA: Core Model de la European Network for Health Technology Assessment
FAIR: Food Allergy and Intolerance Research
FAO: Food and Agriculture Organisation
 (en español: Organización para la Agricultura y la Alimentación)
FEDALMA: Federación Española de Asociaciones Pro lactancia Materna
GALM: Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna
GF: Grupo Focal
GVR: Grand View Research
HCB: Hexaclorobenceno
HDL-C: High Density Lipoprotein-Cholesterol
HINTS: Health Information National Trends Survey
HTML: Hyper Text Markup Language
HUSA: Hospital Universitario San Agustín
IBCLC: International Board-Certified Lactation Consultant
 (en español: Consultora Certificada Internacional en Lactancia Materna)
IBLCE: International Board of Lactation Consultant Examiners
IC: Intervalo de Confianza
IMC: Índice de Masa Corporal
IMS: Intercontinental Medical Statistic
INCAP: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INE: Instituto Nacional de Estadística
IRS: Instituto de Investigación de Stanford
LDL-C: Low Density Lipoprotein-Cholesterol
LLL: La Liga de la Leche
LM: Lactancia Materna
LME: Lactancia Materna Exclusiva
MAST: Modelo para la Evaluación de la Telemedicina
MD: Mediana
MIX: Lactancia Mixta
MNP: Movimiento Natural de la Población
MSPSI: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
NCSA: National Center for SuperComputing Applications
NO₂: Dióxido de Nitrógeno
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OH₃: Hidróxido de Aluminio
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONTSI: Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OR: Odds Ratio
Oxi CD: Oxiclordano
P: Probabilidad
PAD: Presión Arterial Diastólica
PARC: Partnership for the Assessment of Risks in Chemicals
 (en español: Asociación Europea para la Evaluación del Riesgo de las Sustancias Químicas)

PAS: Presión Arterial Sistólica
PBDE: Polibromodifeniléteres Sustancias Perfluoroalquiladas
PCB: Polychlorobiphenyls
PFAS: Polifluoroalquiladas
PHAC: Public Health Agency of Canada
PM: Materia Particulada
PMA: Programa Mundial de Alimentos
RD: Real Decreto
RN: Recién Nacido
RR: Riesgo Relativo
SADEI: Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales
SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
semFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SENeo: Sociedad Española de Neonatología
SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias
SMLM: Semana Mundial de Lactancia Materna
SMS: Short Message Service
 (en español: Servicio de Mensajes Simples o Cortos (SMS))
SMSL: Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
SNS: Sistema Nacional de Salud
TBBPA: Tetrabromobisfenol A
TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación
TSI: Tarjeta Sanitaria Individual
U: Universidad de Utah
UCLA: Universidad de California en Los Ángeles
UCSB: Universidad de California en Santa Bárbara
UE: Unión Europea
UK NHS: United Kingdom National Health Service
UK: United Kingdom
UNFPA: United Nations Population Found
 (en español: Fondo de Población de las Naciones Unidas)
UNICEF: United Nations International Children's Emergency Found
 (en español: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia)
USA: United States of America
 (en español: Estados Unidos (EE.UU))
VPN: Virtual Private Network
 (en español: Red Privada Virtual (RPV))
WABA: World Alliance for Breastfeeding Action
 (en español: Alianza Mundial para la defensa de la Lactancia Materna)
WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale
 (en español: Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos)
WISC: Wechsler Intelligence Scale for Children
 (en español: Escala de Inteligencia para Niños Wechsler)
WWW: World Wide Web

LISTADO DE TABLAS

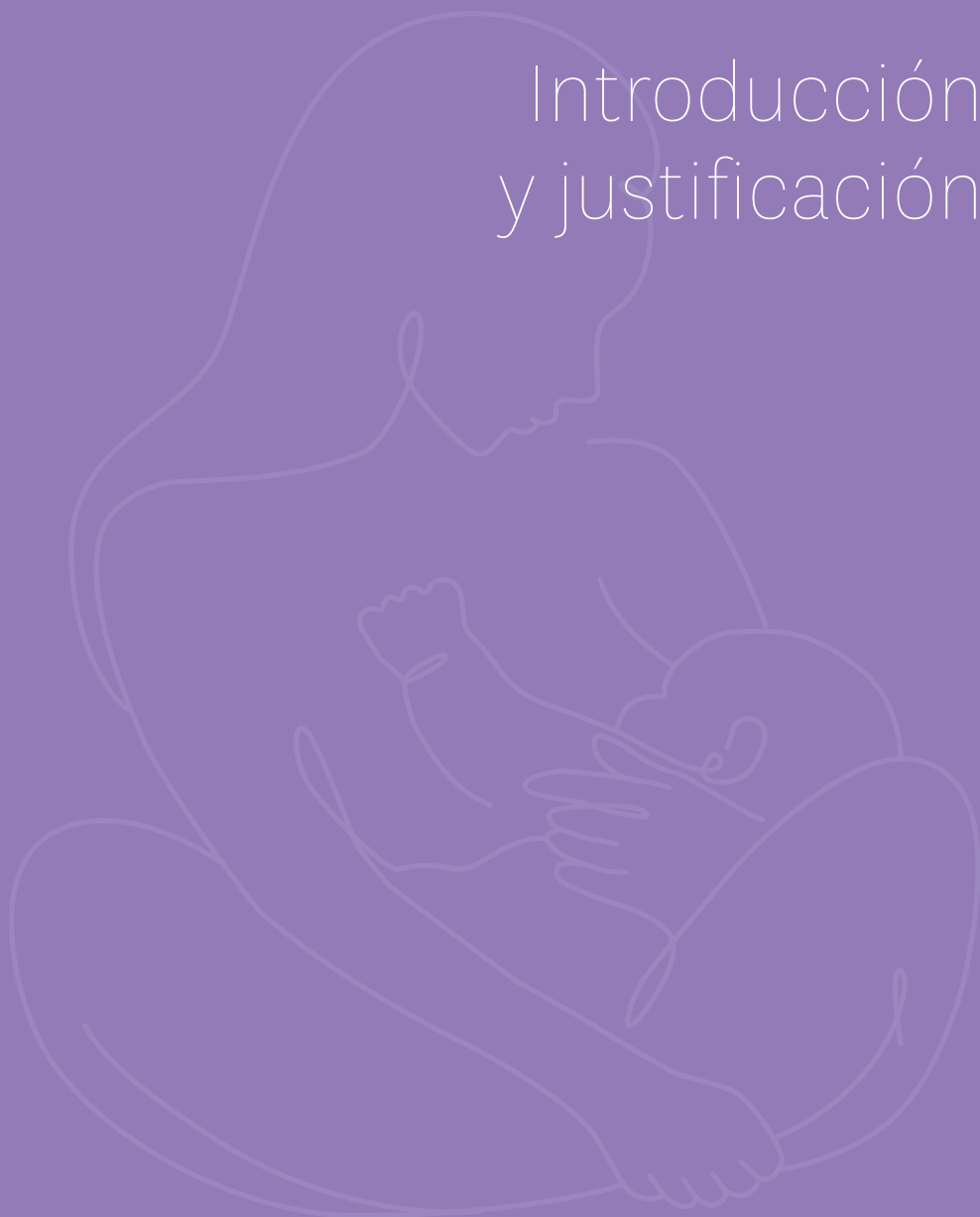
Tabla 1. Características sociodemográficas y sanitarias de la población estudiada (n=949). Corvera de Asturias, periodo 2010-2019.....	144
Tabla 2. Modelo de regresión logística multivariante. Variables predictoras de lactancia materna exclusiva respecto a lactancia mixta y lactancia artificial. Corvera de Asturias, 2010-2019	148
Tabla 3. Comparativa de Prevalencia de lactancia materna exclusiva en estudios realizados en España entre 1996-2019.....	153
Tabla 4. Principales motivos que las madres refieren para el abandono de la lactancia materna en los estudios analizados	158
Tabla 5. Análisis descriptivo de apps sobre lactancia materna en español por categorías. Comparativa periodos 2009-2018 y 2009-2021.....	188
Tabla 6. Análisis descriptivo de la categoría objetivos de la app por subcategorías de análisis. Comparativa periodos 2009-2018 y 2009-2021	191
Tabla 7. Guiones de los Grupos Focales de madres y profesionales	207
Tabla 8. Perfiles de las participantes del Grupo Focal de madres	211
Tabla 9. Perfiles de las participantes del Grupo Focal de profesionales de la salud	211

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Número de estudios publicados entre 1960 y 2020 sobre familias específicas de contaminantes detectados en la leche humana	61
Figura 2. Porcentaje de recién nacidos amamantados en la primera hora de vida, por países y regiones	68
Figura 3. Porcentaje de lactancia materna exclusiva 0-5 meses de edad, por países y regiones, 2016	68
Figura 4. Lactancia materna exclusiva <6 meses, tasa por países y tasa mundial, 1995-2015	70
Figura 5. Porcentaje de lactancia materna al año y 2 años de vida	70
Figura 6. Tendencia del lactancia materna exclusiva en España 1995-2017	72
Figura 7. Penetración de Internet a nivel mundial, Octubre de 2023	106
Figura 8. Características de la Web 1.0	110
Figura 9. Características de la Web 2.0	113
Figura 10. Evolución del equipamiento TIC en los hogares. Porcentaje de hogares con algún miembro de 16 a 74 años	115
Figura 11. Evolución del uso de TIC en personas de 16 a 74 años de 2012 a 2022, total nacional	115
Figura 12. Actividades realizadas por Internet en los tres últimos meses. Año 2022. Porcentajes de población de 16 a 74 años	116
Figura 13. Evolución de las actividades realizadas por Internet en los tres últimos meses. Años 2019-2022. Porcentajes de población de 16 a 74 años	116
Figura 14. Mapa Sanitario del Principado de Asturias dividido por Áreas Sanitarias 2023	136
Figura 15. Evolución de la Tasa de Natalidad en Asturias, periodo 2011-2022	137
Figura 16. Mapa Sanitario Área Sanitaria III, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	137
Figura 17. Nacimientos por año en el Municipio de Corvera de Asturias (España), periodo 2010-2019	143
Figura 18. Tipo de lactancia según edad en meses. Corvera de Asturias (España). 2010 y 2019	146
Figura 19. Resultado de los indicadores de cumplimiento de las recomendaciones de la EAPN 2012	165
Figura 20. Principales usos de las aplicaciones móviles de salud, Junio 2015	175
Figura 21. Tendencia de crecimiento del mercado de apps de salud, periodo 2020-2030	177
Figura 22. Lanzamiento de apps sobre lactancia materna en español. Periodo 2009-2108	190

1

Introducción y justificación



1.1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) **recomiendan** que todos los recién nacidos (RN) sean alimentados exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los seis meses de edad y a partir de entonces su refuerzo con alimentación complementaria hasta los dos años o más de edad^{1,2}.

La lactancia materna (LM) brinda importantes ventajas ambientales, económicas y de salud a corto y largo plazo para los niños, las mujeres y la sociedad³. La alimentación con leche materna ha demostrado ser el alimento óptimo para los RN y es un **factor protector** contra distintas enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedad celíaca y enterocolitis necrotizante (ECN)⁴⁻⁷, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes^{4,8-18}, así como enfermedades infectocontagiosas^{4,16,17-26}, leucemia^{4,27} y enfermedades del espectro atópico (rinitis, alergias y asma)^{4,18,28-34}. Asimismo, tiene un impacto positivo en el desarrollo neurológico, mejorando el coeficiente intelectual y pudiendo minimizar el riesgo de otras patologías como el trastorno generalizado del desarrollo, el déficit atencional y las alteraciones de la conducta³³⁻³⁷.

La LM puede prevenir un 13% de la mortalidad infantil en el mundo y disminuir el riesgo de muerte súbita del lactante en un 36%. Contribuye además a la salud y el bienestar de la madre ya que favorece el vínculo afectivo y reduce el riesgo de padecer diabetes tipo 2 y cáncer ovárico y mamario⁴.

Además, conlleva importantes beneficios para la sociedad, ya que supone un ahorro directo en el uso de leches de fórmula e indirecto en los costes de salud asociados, morbilidad prematura y años de vida ajustados por calidad (AVAC)^{18,38}.

Aunque la leche materna no está exenta de contaminantes químicos lipofílicos, el Comité de Lactancia Materna de la AEP la considera el alimento más saludable, ecológico y sostenible para la alimentación del recién nacido. Las fórmulas infantiles contienen igualmente trazas de sustancias químicas y, además, requieren procesos industriales complejos para su fabricación, distribución y consumo que generan una mayor huella ecológica³⁹.

A pesar de las múltiples ventajas de la LM las bajas **frecuencias de lactancia materna** exclusiva (LME), aunque con una ligera tendencia ascendente, están presentes en todo el mundo. Los datos publicados en 2016 por UNICEF indican que, globalmente, solo el 43% de los niños continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida^{18,40}.

En España, según los datos extraídos la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2017, la tasa de LME no alcanza el patrón óptimo recomendado por la OMS, siendo a los 6 meses de tan solo un 39%⁴¹.

En Asturias, es escasa la investigación sobre prevalencia de LME. Un estudio del año 2000 señala una tasa de LME al inicio de 51,4%, decayendo al 14,9% a los 90 días y al 8,7% a los 120 días⁴². Según la última Encuesta de Salud Infantil para Asturias de 2017, la tasa de LME al alta hospitalaria fue de un 56,3%, descendiendo a un 32,6% a los 4 meses de edad⁴³.

Diferentes estudios de investigación a nivel nacional han demostrado que son varios los **factores que intervienen en el inicio, mantenimiento y duración de la LM**: factores de tipo individual (decisión materna de no amamantar, dificultades con la lactancia, experiencias previas negativas de amamantamiento, falta de apoyo familiar, nivel socioeconómico y de estudios); de tipo sanitario y comunitario (características de la estancia en el hospital, tipo de parto, contacto precoz “piel con piel”, administración de suplementos, educación maternal, bajo peso al nacimiento, incorporación de la madre al trabajo); de tipo sociocultural (“cultura del biberón”, falta de aceptación de la lactancia en público, falta de apoyo en el entor-

no familiar); y de tipo político (falta de instauración de programas de promoción y apoyo a la LM) sin olvidarnos del importante papel que juegan los profesionales sanitarios en el apoyo y la promoción de la misma⁴⁴⁻⁶⁷. Las madres reconocen la influencia de estos profesionales en su decisión de amamantar⁶⁸, aunque muchas veces no encuentran el apoyo postnatal esperado e incluso pueden llegar a sentirse presionadas para el paso a una lactancia artificial⁶⁹.

Las **estrategias de promoción** han mostrado ser eficaces cuando se adaptan a las necesidades de las mujeres de forma individualizada y les ofrecen apoyo, guía y fomentan su empoderamiento^{70,71}. Sin embargo, para la promoción de las lactancias más prolongadas, es necesario que los profesionales estimulen en las mujeres la confianza en su poder y la capacidad propia y la de sus bebés para amamantar de forma exitosa, así como su capacidad para manejar las posibles trabas sociales sobre el amamantamiento, que en muchas ocasiones suponen un obstáculo⁷².

A lo largo de las últimas décadas se han dedicado muchos esfuerzos para implementar **políticas y programas de actuación** para la protección, promoción y desarrollo de la LM a nivel internacional. El “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”⁷³, el documento sobre “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural: la función especial de los servicios de maternidad”⁷⁴, la “Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural”⁷⁵ y la “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN)”^{76,77} son las iniciativas más importantes impulsadas por la OMS y la UNICEF con el objetivo de hacer un llamamiento a los gobiernos de todo el mundo para buscar su apoyo en pro de la LM.

En **España**, en el año 2011, el Ministerio de Sanidad y Política Social diseñó un documento denominado “Plan de Parto y Nacimiento”, que incluye información sobre el inicio precoz de la LM y el seguimiento posterior de la misma⁷⁸. En el Principado de Asturias, se implementa mediante la “Estrategia de Atención al Parto y Nacimiento Normal (EAPN)” en el año 2009, tras la firma de un

convenio entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios con el Ministerio de Sanidad y Consumo, cuya finalidad es, entre otras cosas, el fomento de la LM⁷⁹.

Tras el alta hospitalaria, lo deseable es garantizar la **Continuidad de Cuidados** (CC) a las mujeres y a los recién nacidos en las primeras 72 horas⁸⁰. La CC o Atención Integrada puede describirse como un enfoque de colaboración entre los profesionales de la salud. La OMS define la **Atención Integrada** como⁸¹ “La gestión y prestación de servicios de salud para que los clientes reciban una serie continua de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades en el tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”.

La falta de continuidad es uno de los problemas asociados con un abandono temprano de la LM⁸². Según indica un estudio realizado en 2016, la tarea de proporcionar una adecuada CC en el apoyo de la LM para facilitar el inicio y el mantenimiento de la LM es un gran desafío, que requiere una readaptación del sistema de salud. La nueva estructura implicaría la integración de la enfermera de apoyo a la lactancia como una profesión, la educación de todos los profesionales de la salud en el fomento de la LM, la creación de incentivos para el nacimiento natural y la LM, y la implementación de estándares de calidad en entornos clave de salud⁸³.

La normativa legal en nuestro país establece los diferentes aspectos de la coordinación entre niveles asistenciales. En este sentido, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)⁸⁴ regula que la Atención Especializada (AE) garantizará la continuidad de la atención integral del paciente, una vez superadas las posibilidades de la Atención Primaria (AP) y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel. Asimismo, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁸⁵ recoge que el ejercicio de las profesiones ha de realizarse de acuerdo con diferentes principios, entre los que se incluye “la continuidad asistencial de los pacientes”.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Para conseguir resultados óptimos en la promoción y seguimiento de la LM debe darse una CC que comience en AP desde el final del embarazo, que continúe durante la estancia hospitalaria en el parto y posparto y, que finalice, tras el alta hospitalaria, nuevamente en el centro de AP de referencia, ofreciendo el apoyo necesario durante la etapa puerperal.

Este seguimiento en España depende de la Cartera de Servicios de cada Comunidad Autónoma (CCAA) y se reanuda entre las 48 horas y el séptimo día tras el alta hospitalaria en la primera visita puerperal, donde se valorará la pertinencia de elaborar un plan de cuidados individualizado a cada mujer⁸⁶.

Además de controlar aspectos sobre la LM y la salud de la madre y el RN, el enfoque de la atención en AP debe centrarse también en los aspectos psicosociales, en el apoyo y asesoramiento sobre cuestiones relacionadas con la nueva situación y los cambios estructurales en el nuevo marco familiar.

A mediados del siglo XX, surge un movimiento social denominado “**Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM)**”, formado por asociaciones que brindan ayuda a mujeres que desean amamantar. Éstos grupos se forman a iniciativa de madres que consideran y defienden que el hecho de amamantar posee un componente fisiológico e instintivo pero también requiere un aprendizaje, tal como indica la OMS, y que, en ocasiones, las mujeres necesitan el apoyo de otras mujeres con experiencia para poder amamantar con éxito a sus hijos e hijas⁸⁷. Son organizaciones de voluntariado social, que desarrollan proyectos basados en grupos de ayuda mutua y ofrecen distintos servicios y actividades. Los grupos de apoyo complementan la asistencia que ofrecen los servicios de salud, cubriendo diversos aspectos relacionados con la LM.

Se ha investigado mucho acerca de las razones que explican la probada eficacia de los grupos de apoyo en su labor de ayuda a madres lactantes⁸⁸. Se ha comparado a mujeres que acudían a reuniones de un grupo de apoyo con un grupo similar de madres que intentaban dar el pecho pero no contaban con ese apoyo. Se demostró que las mujeres que acudían a las reuniones tenían más confianza en sí mismas y parecían beneficiarse de recibir una información exacta y actualizada, así como apoyo individual y en grupo⁸⁹. Otros estudios concluyen que la dinámica de grupo refuerza el sentimiento de ser normal⁹⁰. Si bien la información y la experiencia eran también importantes, el apoyo del grupo tenía una influencia mucho mayor en el éxito de la lactancia⁹¹.

También se ha observado que cuando se ofrecía apoyo, aumentaban significativamente el número de mujeres que daban el pecho al alta hospitalaria, aumentaba la duración de la lactancia y se retrasaba la introducción de otros alimentos⁹².

Los grupos de apoyo son complementarios y no reemplazan los esfuerzos de los profesionales de la salud. El informe de la OMS “Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”⁹³, concluye que: “Una combinación de ambos apoyos podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado”.

Una revisión publicada recientemente señala que cuando se brinda apoyo a las mujeres en el proceso de amamantar, aumenta la duración y la exclusividad de la LM. Dicho apoyo puede ser ofrecido por profesionales o no profesionales, grupos de apoyo, o una combinación de ambos y las estrategias que más probabilidades de éxito tienen son la atención individual mediante entrevista directa a las madres lactantes⁹⁴.

La rápida evolución de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (**TIC**) y su capacidad de penetración en todas las actividades humanas,

nos está haciendo vivir una auténtica revolución tecnosocial. En el ámbito sociosanitario y dada la estrecha relación existente entre salud, persona y sociedad, Internet y sus dispositivos se están convirtiendo en una herramienta indispensable para el cuidado enfermero.

El incremento en los últimos años del uso de dispositivos móviles y su conectividad a Internet ha generado un importante mercado de **aplicaciones móviles de salud (apps)**. Según el informe “The State of Mobile in 2022” de la compañía de análisis App Annie⁹⁵, en el año 2021 se descargaron un total de 230.000 nuevas aplicaciones, un 5% más que en 2020 y, de media, se descargaron 435.000 aplicaciones por minuto en todo el mundo.

En lo que se refiere a LM, los hallazgos de un análisis sistemático publicado en 2015 ponen de relieve el potencial de los desarrolladores de sitios web y aplicaciones para satisfacer las necesidades de los usuarios sobre este tema⁹⁶. Un estudio del año 2016 determinó que el uso de aplicaciones podría proporcionar una forma útil y de bajo coste para difundir información sobre los beneficios para la salud de la LM⁹⁷.

Por todo ello, los profesionales de la enfermería debemos considerar la Web social o Web 2.0 como un nuevo escenario para la intervención comunitaria.

Un buen ejemplo podría ser el desarrollo de una aplicación móvil que proporcionara a los usuarios, en este caso las mujeres que amamantan a sus bebés, una fuente segura y confiable de información sobre la alimentación infantil, utilizando herramientas de evaluación de calidad y contenido basado en la evidencia científica.

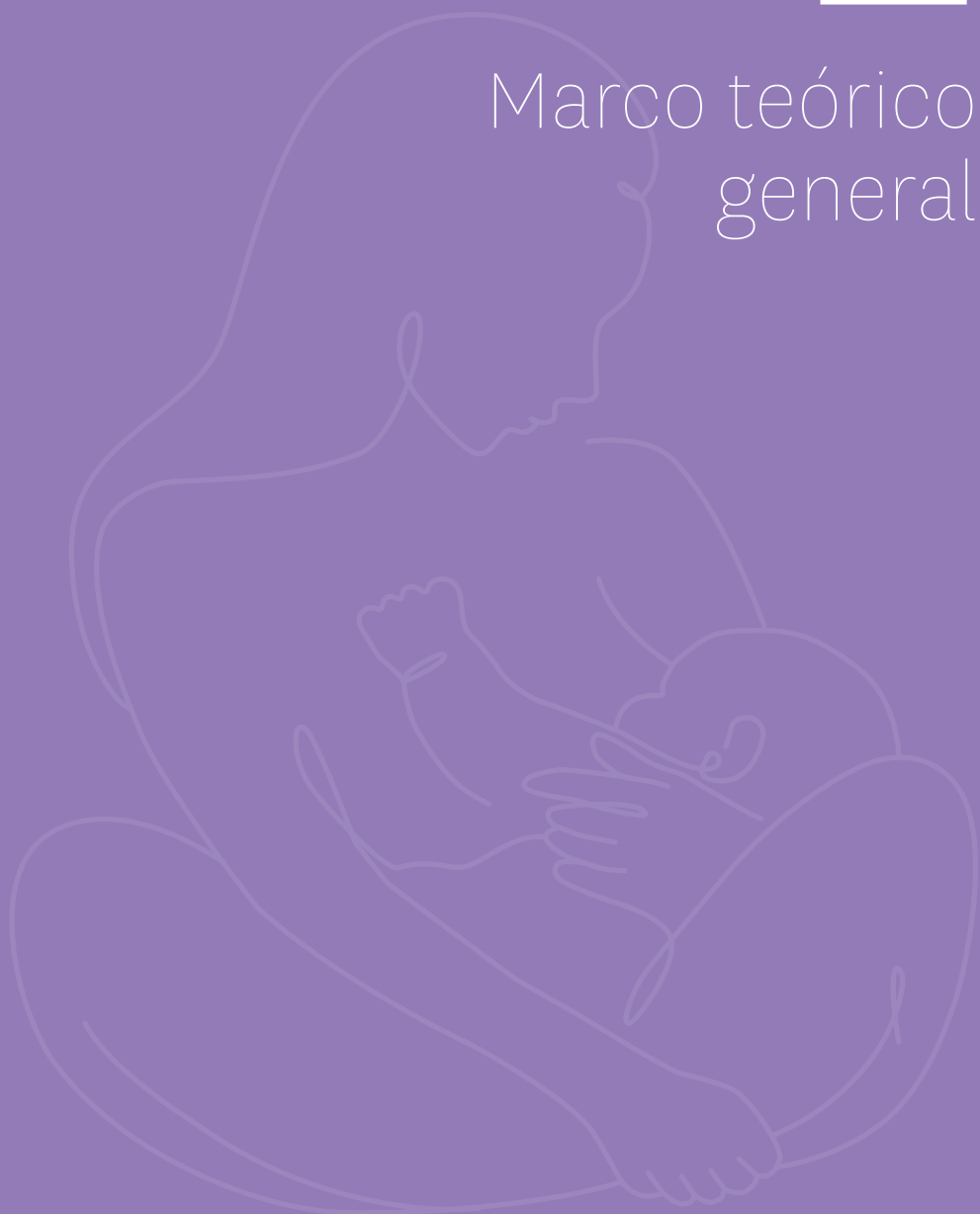
La bibliografía consultada refleja unas tasas de prevalencia de LM bajas en el Principado de Asturias. Una línea prioritaria de los gobiernos autonómico y nacional y de la OMS es aumentar estas cifras de prevalencia.

Partiendo de esta base, la presente tesis analiza de forma retrospectiva la prevalencia de LM en Corvera de Asturias, así como los factores que intervienen en el inicio, mantenimiento y duración de la misma con el fin de diseñar e implementar estrategias adecuadas para evitar el abandono precoz de la LM.

Existe una amplia evidencia de que las redes tradicionales de apoyo a la mujer que está amamantando y la continuidad de los cuidados en la atención a madres y lactantes son condiciones que aumentan la duración y la exclusividad de la LM. No obstante, nos encontramos inmersos en un marco de transformación digital donde aparecen nuevas formas de comunicación a través de Internet, las denominadas herramientas “Web 2.0”.

2

Marco teórico general



2.1. LA LACTANCIA MATERNA

2.1.1. Beneficios de la lactancia materna

2.1.1.1. Beneficios de la lactancia materna en la infancia

La alimentación con leche materna ha demostrado ser el alimento óptimo para los recién nacidos y es un **factor protector** contra distintas enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedad celíaca y enterocolitis necrotizante (ECN)⁴⁻⁷, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes^{4,8-18}, así como enfermedades infectocontagiosas^{4,16,17-26}, leucemia^{4,27} y enfermedades del espectro atópico (rinitis, alergias y asma)^{4,18,28-34}. Asimismo, tiene un impacto positivo en el desarrollo neurológico, mejorando el coeficiente intelectual y pudiendo minimizar el riesgo de otras patologías como el trastorno generalizado del desarrollo, el déficit atencional y las alteraciones de la conducta³³⁻³⁷.

En los lactantes prematuros, la LM se asocia a una reducción del 58-77% del riesgo de desarrollar ECN, evitando un caso de ECN en 10 lactantes alimentados exclusivamente con leche materna y un caso de ECN que requirió cirugía o provocó la muerte en ocho lactantes⁴.

Un estudio evaluó el efecto de la leche materna pasteurizada de donante en lactantes extremadamente prematuros cuando la LM era inadecuada o no estaba disponible y concluyó que los lactantes alimentados con leche materna tenían un riesgo significativamente menor de ECN y una menor mortalidad por ECN en comparación con los lactantes alimentados con leche artificial⁵. Otros estudios, llevados a cabo en EE.UU, han encontrado resultados similares^{6,7}. Por una parte, el cambio a una dieta con LM en lactantes nacidos con menos de 33 semanas de edad gestacional redujo la incidencia de ECN asociada a la alimentación enteral y, por otra, en una cohorte de 1.272 lactantes con peso extrema-

damente bajo al nacer confirmó un efecto beneficioso de la LM, dependiente de la dosis, sobre el riesgo de ECN o muerte prematura.

Aunque es una cuestión controvertida, la LM puede desempeñar un papel protector frente a la **obesidad, la hipertensión, la dislipidemia y la diabetes mellitus (DM) de tipo 2** en la edad adulta⁸. Las tasas de obesidad son significativamente más bajas en los lactantes alimentados con leche materna. El riesgo de obesidad en la adolescencia y en la edad adulta se reduce entre un 15 y un 30% en las personas que fueron amamantadas en la infancia, en comparación con las que no lo fueron.

Además, la duración de la LM está inversamente asociada al riesgo de **obesidad**. Un estudio chileno de casos y controles concluyó que la LM durante los primeros seis meses de vida es un factor protector contra el sobrepeso y la obesidad en los años preescolares⁹. Otro estudio⁴ estimó que cada mes adicional de LM se asociaba a una reducción del sobrepeso del 4%, lo que coincide con otros estudios similares¹⁰⁻¹⁴.

Sin embargo, estos datos deben interpretarse con cautela, ya que no está claro si existen diferencias cuando la leche materna se da en biberón. Esto es importante porque los lactantes amamantados regulan su propia ingesta y los alimentados con biberón pueden ser menos capaces de autorregular su ingesta, lo que podría afectar al aumento de peso en la edad adulta⁴.

En cuanto a la **hipertensión**, un revisión sistemática que incluyó a 17.503 lactantes de observó que la presión arterial sistólica (PAS) fue inferior en los lactantes alimentados con leche materna en comparación con los alimentados con biberón (intervalo de confianza (IC) del 95%: -2,2, -0,6) y un efecto menor de la LM, PAS en los estudios más grandes ($n \geq 1.000$) (-0,6 mmHg, IC del 95%: -1,2, 0,02) en comparación con los estudios más pequeños ($n < 1.000$) (-2,3 mmHg, IC del 95%: -3,7, -0,9). Se asoció una pequeña reducción de la presión arterial diastólica (PAD) con la LM (diferencia agrupada: -0,5 mmHg,

IC del 95%: -0,9; -0,04), que fue independiente del tamaño del estudio. Esta pequeña reducción de la presión arterial asociada a la LM podría conferir importantes beneficios para la salud cardiovascular a nivel poblacional¹⁵.

Respecto a la **dislipidemia**, un estudio del año 2018 demostró que la probabilidad de tener trastorno de colesterol de lipoproteínas de baja densidad disminuyó en un 16% en el grupo que amamantó durante más de 24 meses (odds ratio (OR)=0,84; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,75-0,95) en comparación con el grupo que no amamantó. La probabilidad de padecer trastornos del colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad se redujo significativamente en un 25% cuando la duración de la LM fue superior a 24 meses (OR=0,75; IC del 95%: 0,64-0,87). La tendencia a desarrollar trastornos del colesterol total, LDL-C y no-HDL-C disminuía a medida que aumentaba la duración de la lactancia, especialmente entre las mujeres de 30-39 años¹⁶.

En relación con la **diabetes**, un estudio de casos y controles de Reino Unido, comparó lactantes amamantados y no amamantados al alta hospitalaria y concluyó que los no amamantados tenían un 33% más de riesgo de desarrollar diabetes en los primeros 20 años de vida¹⁷. Otros estudios llevados a cabo en 2016 e incluidos en la *Lancet Breastfeeding Series Group “Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect”* han demostrado una reducción de hasta el 30% en la incidencia de DM tipo 1 en personas que fueron amamantadas durante al menos 3 meses y una reducción de hasta el 40% en la incidencia de DM tipo 2, posiblemente relacionada con los efectos beneficiosos del control del peso a largo plazo y el autocontrol de la ingesta dietética¹⁸.

Si hablamos del papel protector de la LM frente a **las enfermedades infecciosas**, existen pruebas de que la LM se asocia a una reducción del 64% en la incidencia de **infecciones gastrointestinales** inespecíficas¹⁹ que persiste hasta dos meses después del cese de la lactancia. Los lactantes amamantados

durante el primer año de vida tienen un riesgo un 30% menor de padecer **diarrea por rotavirus²⁰ y Giardia lamblia²¹**. Los lactantes también tienen menos probabilidades de sufrir diarrea prolongada²².

Una estudio de casos y controles de 1.133 niños y niñas de 0 a 3 años en Nigeria evaluó el riesgo de **desarrollar infecciones gastrointestinales** inespecíficas en niños y niñas menores de un año en países desarrollados concluyendo que los lactantes alimentados con leche materna tenían un menor riesgo de desarrollar estas afecciones y subrayando la importancia de la promoción de la LM como estrategia de supervivencia infantil en países donde la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la **diarrea** constituyen un importante problema de salud pública²². Por otro lado, los lactantes alimentados con leche artificial tienen un riesgo un 80% mayor de padecer diarrea²³.

Existe una asociación inversa entre la LM y las **enfermedades febriles agudas** en los primeros meses de vida²⁴. En neonatos, en particular, se ha observado que la LM es un factor protector, reduciendo el riesgo de hospitalización por este motivo²⁵.

En cuanto a las **infecciones respiratorias**, en una revisión sistemática y meta-análisis para cuantificar los efectos protectores de la exposición a la LM frente a la incidencia, prevalencia, hospitalizaciones y mortalidad por **neumonía**, se reveló que LM subóptima elevó el riesgo de resultados de morbilidad y mortalidad por neumonía en todos los grupos de edad. En particular, la mortalidad por neumonía fue mayor entre los lactantes de 0-5 meses no amamantados en comparación con los amamantados exclusivamente (Riesgo Relativo (RR): 1,49; IC del 95%: 0,67-3,32) y entre los lactantes y niños pequeños de 6-23 meses no amamantados en comparación con los amamantados (RR: 1,92; IC del 95%: 0,79-4,68). Esos resultados destacaron la importancia de la LM durante los primeros 23 meses de vida como una intervención clave para reducir la morbilidad y mortalidad por neumonía²⁶.

El riesgo de hospitalización por **infecciones de las vías respiratorias inferiores** en el primer año de vida se reduce en un 72% en los bebés que han sido amamantados durante al menos 4 meses. La gravedad de la bronquiolitis por virus sincitial es un 74% menor en los bebés que han sido amamantados durante al menos 4 meses en comparación con los que han sido amamantados parcial o exclusivamente⁴.

Además, un estudio con lactantes estadounidenses determinó que los lactantes amamantados tienen un 23% menos de riesgo de desarrollar **otitis media aguda**; el riesgo se reduce en un 50% en los amamantados durante al menos tres meses y en un 63% en los amamantados hasta los seis meses. El riesgo de desarrollar infección de oído aumentaba a medida que disminuía la cantidad de leche materna que recibía el lactante. El riesgo de infección de oído siguió siendo significativo en el grupo de alimentación mixta baja (OR = 1,6) y entre los lactantes que no recibieron leche materna en comparación con los que recibieron solo leche materna (OR = 1,7)²³.

Una revisión reciente de estudios de los últimos 50 años concluyó que la LM durante seis meses o más se asociaba a una reducción del 19% del riesgo de **leucemia** infantil²⁷. Otro estudio encontró resultados similares, sugiriendo además que la reducción del riesgo se correlacionaba con la duración de la LM, aunque el mecanismo exacto de esta protección sigue siendo desconocido⁴.

En lo referente a las **enfermedades del espectro atópico**, un estudio realizado en Finlandia reveló que los lactantes alimentados con leche materna durante menos tiempo presentaban una mayor incidencia de eccema, atopia, alergia alimentaria y alergia respiratoria²⁸. En los lactantes sin antecedentes familiares de atopia, el riesgo de asma, dermatitis atópica y eccema se reduce en un 27% si son amamantados durante al menos tres meses, y el riesgo de dermatitis atópica se reduce en un 42% en los lactantes con antecedentes familiares de atopia que son amamantados durante al menos tres meses⁴. Sin embargo, otros

estudios no han encontrado tal asociación, por lo que aún no es posible afirmar que las pruebas sean concluyentes²⁸.

En la misma línea, un estudio en EE.UU examinó si seguir las pautas de LM recomendadas altera los riesgos a largo plazo de asma, eccema, rinitis o atopía. Se examinó la cohorte Food Allergy and Intolerance Research (FAIR) (n = 988), mostrando evidencia de que cualquier LM desde el nacimiento hasta los 6 meses protegió contra el asma a los 10 años (RR = 0,50; IC 95% = 0,32-0,79; p = 0,003) y que la LME durante más de 4 meses protegió contra la rinitis recurrente (RR = 0,36; IC 95% = 0,18-0,71; p = 0,003)²⁹.

En cuanto a la alergia alimentaria, un estudio realizado en 2019 intentó correlacionar la alimentación infantil con el desarrollo de alergias en la primera infancia. Los lactantes con lactancia mixta presentaron un mayor riesgo de síntomas de alergia alimentaria (cociente de riesgos (CR = 1,54; IC del 95%: 1,04; 2,29) en comparación con los que recibieron LME durante 3 meses³⁰.

Un estudio realizado en Australia con una cohorte de 2.187 niños y niñas examinó la asociación entre la duración de la LM y el riesgo de asma en niños y niñas de hasta seis años de edad y concluyó que la introducción de alimentos lácteos y no lácteos distintos de la leche materna en los primeros cuatro meses de vida aumentaba el riesgo de asma y sibilancias e incluso triplicaba el riesgo después del primer año³¹. Otro estudio realizado en países desarrollados descubrió que la LM durante al menos tres meses reducía el riesgo de asma en un 27% en niños y niñas sin antecedentes familiares de asma y en un 40% en niños y niñas menores de 10 años en aquellos con antecedentes familiares⁴. Por último, una reciente revisión sistemática informó de que, en la población general, la LM es un factor protector frente al asma hasta los 2 años de edad, aunque este efecto disminuye con el tiempo³².

La alimentación con leche materna tiene efecto positivo en el **neurodesarrollo infantil, el desarrollo cognitivo e intelectual, el déficit de atención y las altera-**

ciones conductuales³³. Un estudio de cohortes de adultos de 18 años que utilizó la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS) y el Børge Priens Prøve (BPP) mostró una relación dosis-respuesta entre la duración de la LM y todas las medidas de Cociente Intelectual (CI). Los individuos que fueron amamantados durante menos de un mes tenían puntuaciones de CI 6,6 puntos más bajas en la escala WAIS y 2,1 puntos más bajas en la BPP que los que fueron amamantados durante 7-9 meses³³.

Otro metaanálisis de 20 estudios controlados indicó que la LM se asociaba con una puntuación de desarrollo cognitivo 3,2 puntos superior a la de la alimentación con leche artificial tras el ajuste por cofactores clave. Estos resultados fueron homogéneos y significativos ($p < 0,001$). El mayor desarrollo cognitivo de los lactantes alimentados con leche materna en comparación con los alimentados con leche artificial se manifestó en las primeras etapas del desarrollo y se mantuvo durante la infancia y la adolescencia³⁴.

En otra investigación, con una cohorte de 413 niños y niñas en Nueva Zelanda, estimó que la duración de la LM en lactantes con muy bajo peso al nacer se correlacionó directamente con altas puntuaciones de CI verbal y rendimiento a los 7-8 años de edad en la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC) que valora la inteligencia y aptitudes intelectuales en la infancia en el ámbito clínico y psicopedagógico³⁵.

En cuanto al riesgo de desarrollar trastorno por déficit de atención y trastorno del espectro autista, una revisión halló que la LM durante más de seis meses tenía un efecto protector para ambas afecciones³⁶. La alimentación con leche materna también puede desempeñar un papel clave en la reducción del riesgo de desarrollar trastornos de conducta³⁷.

Además, se ha evidenciado el papel protector de la LM en la **enfermedad celíaca**. Un estudio informó de una reducción del 52% del riesgo de desarrollar enfermedad celíaca en lactantes con LM en el momento de la exposición al gluten, y refleja una

asociación entre la duración de la LM y la reducción del riesgo al evaluar la presencia de anticuerpos celíacos. La LM también se asocia a una reducción del 31% del riesgo de desarrollar **enfermedad inflamatoria intestinal** durante la infancia⁴.

Pero el **beneficio principal** de la alimentación con leche materna es que tiene el potencial de evitar más de un millón de muertes infantiles al año, lo que equivale a una reducción del 13% de la **mortalidad infantil** mundial¹. Si tenemos en cuenta que en los 42 países en vías de desarrollo, que representan el 90% de la mortalidad infantil en el mundo, seis meses de LME seguida del destete al año de edad se considera la intervención sanitaria más eficaz disponible⁴.

Un estudio ecológico realizado en América Latina comparó las tasas de mortalidad durante el primer año de vida y descubrió que aproximadamente el 14% de todas las causas de mortalidad infantil podrían haberse evitado con la alimentación con leche materna durante al menos los tres primeros meses de vida y la LM parcial durante el primer año de vida⁹⁸. Un metaanálisis de tres revisiones sistemáticas encontró una asociación entre el inicio precoz de la LM en la primera hora de vida y una reducción de la mortalidad neonatal⁹⁹.

Finalmente, en relación con el **síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)**, la LM se asocia a una reducción del riesgo del 36%, dependiendo de la cantidad ofrecida. También se ha calculado que si el 90% de las madres amamantaran exclusivamente a sus hijos durante los seis primeros meses de vida, se salvarían más de 900 niños y niñas al año del SMSL en EE.UU⁴.

2.1.1.2. Beneficios para la salud materna

Aunque es curioso que se han desarrollado muchos menos estudios sobre los beneficios de la LM en la salud de las madres que en el caso de la salud infantil, hay que destacar que el acto de amamantar presenta numerosos beneficios tanto a corto como a largo plazo y por ello merecen ser reseñados.

En primer lugar, el informe “Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries”¹⁰⁰ encontró una asociación entre la duración de la LM y el riesgo de desarrollar **DM tipo 2** en mujeres multíparas sin antecedentes de diabetes gestacional. Cada año adicional de LM se asoció con una reducción del riesgo del 4% al 12%.

Otro estudio de 2018 demostró que el riesgo de desarrollar **DM tipo 2** al cabo de 30 años se redujo en un 48% con la LM precoz durante 6 meses, independientemente de la gravedad de la diabetes gestacional existente y la pérdida de peso de la madre tras el parto¹⁰¹.

Un metaanálisis muy reciente, que incluyó 8 estudios en los que participaron un total de 1.192.700 mujeres, reflejó los siguientes resultados en cuanto a la disminución del riesgo de **enfermedad cardiovascular** (ECV) entre las mujeres que habían amamantado alguna vez en comparación con las que nunca lo habían hecho: 14% de cardiopatía coronaria, 11% (IC del 95%: 5-17) de ECV, 17% (IC del 95%: 8-24) de muerte por ECV y 12% (IC del 95%: 1-21) de ictus, para una duración de la LM hasta 12 meses¹⁰².

Son numerosos los estudios que ratifican la reducción del riesgo de varios tipos de **cáncer en las mujeres** que han amamantado, como un gran efecto positivo a largo plazo de la LM. Un metaanálisis con mas de 50.000 mujeres con **cáncer de mama** y casi 100.000 mujeres sanas de 30 países, relacionó el riesgo de cáncer de mama con la frecuencia y duración total de la lactancia. En las mujeres que habían amamantado a sus hijos/as durante un periodo de dos años el riesgo de desarrollar cáncer de mama se redujo a más de la mitad¹⁰³.

Con la incidencia de **cáncer de ovario** ocurre lo mismo. Una revisión con metaanálisis de 2015 encontró una reducción significativa de un 30-37% de padecer cáncer de ovario en aquellas mujeres que habían mantenido la LM durante un periodo de 12 meses¹⁰⁴.

Otro metaanálisis del mismo año, con una gran muestra de 623.570 participantes, examinó la asociación entre LM y **cáncer de endometrio**, encontrando una disminución estadísticamente significativa del riesgo de cáncer de endometrio, y una notable relación lineal entre la duración de la LM y el riesgo de cáncer de endometrio. El análisis dosis-respuesta reveló que el riesgo disminuía en un 1,2% por cada mes de incremento de la LM¹⁰⁵.

Por otro lado, la evidencia no es tan sólida en cuanto al efecto reductor de la **depresión posparto, la pérdida de peso posparto y el riesgo de fracturas por osteoporosis** en mujeres posmenopáusicas y la **disminución de la densidad mineral ósea (DMO)**¹⁰⁶⁻¹¹⁵.

En una revisión sistemática con 48 estudios de diferentes países durante un periodo de 30 años, que analizó las asociaciones entre la LM, el embarazo y la **depresión posparto**, concluyó que aunque se aportaban pruebas empíricas de asociación por separado se necesitan más investigaciones, como estudios prospectivos, para aclarar la asociación entre estas tres variables. Aunque hubo evidencias de que la depresión durante el embarazo juega un papel importante en la asociación entre lactancia y depresión posparto, y algunos estudios han mostrado que la depresión durante el embarazo es un fuerte predictor de una menor duración de la lactancia, incluso cuando se considera la depresión posparto, los estudios incluidos presentaban muchas limitaciones metodológicas, tales como diferencias en los diseños de los estudios y en las medidas de evaluación de la LM y la depresión durante el embarazo y el posparto, definiciones imprecisas de la LM o muestras homogéneas o con una tasa de inicio de la LM superior a la media nacional, que no posibilitan la generalización de resultados¹⁰⁶.

Desde hace tiempo, el hecho de que la LM ayude a las mujeres a minimizar la retención de peso tras el embarazo ha sido motivo de controversia. En una revisión sistemática y un metanálisis que estimó el efecto de la LM sobre la dis-

minución de la retención de peso posparto, se encontró que, en comparación con la leche de fórmula, la LM durante 3 a 6 meses parecía tener una influencia negativa en la disminución de la retención de peso posparto; sin embargo, la LM continuada durante más de 6 meses podría tener poca o ninguna influencia. Pero no pudieron excluir factores de confusión residuales ni obtener conclusiones firmes debido a la limitación de su muestra (0 a 6 meses) y concluyeron que se necesitan estudios más fiables como, por ejemplo, ensayos clínicos aleatorizados, para evaluar el impacto de los patrones y la duración de la LM en la retención de peso posparto¹⁰⁷.

La asociación entre la duración de la LM y las fracturas en mujeres mayores no está clara. Un estudio realizado en China con una muestra de 481 mujeres posmenopáusicas afirmó que la LM durante 24 meses o más era protectora frente al riesgo de fractura de la columna vertebral¹⁰⁸, pero otro posterior que duplicó la población estudiada estimó que dar el pecho más de 18 meses aumentaba significativamente el riesgo de fracturas de columna en mujeres menopáusicas¹⁰⁹. Otra investigación del año 2016 encontró que la LM prolongada no tiene un impacto significativo en la incidencia de fracturas osteoporóticas de cadera¹¹⁰, pero en un metaanálisis reciente se demostró que la LM durante los dos años posparto contribuyó a reducir el riesgo de fracturas osteoporóticas de cadera, aunque cuando la LM era superior a los 25 meses no se pudo demostrar una relación significativa entre ambas¹¹¹.

En cuanto a la relación entre LM y DMO en mujeres mayores tampoco existe consenso; los estudios realizados en distintos países han arrojado conclusiones muy diferentes. En una encuesta nacional realizada en Corea se observó que la LM durante más de 37 meses podía disminuir la DMO en mujeres posmenopáusicas¹¹⁰, pero en otros estudios posteriores se señaló que no había diferencias significativas en la DMO en el radio entre las mujeres que amamantaban y las que no¹¹² y no había asociación entre la DMO y la lactancia en la cadera y la columna vertebral^{113,114}. Incluso otra investigación demostró que la LM durante más de 8

meses se asociaba a una mayor DMO en el fémur y la columna¹¹⁵. Por lo tanto, se puede concluir que existe una gran disparidad en los resultados que no permite generalizar las conclusiones.

2.1.1.3. Beneficios de la lactancia materna para la sociedad

Las intervenciones sanitarias dirigidas al aumento de las tasas de prevalencia de LM se encuentran entre las políticas sanitarias más eficaces posibles para la sociedad¹¹⁶.

Varios estudios afirman que tasas de prevalencia bajas de LM implican un mayor gasto sanitario en términos de crecimiento económico¹¹⁷⁻¹¹⁹, aumento del coste socioeconómico en términos de morbilidad maternoinfantil¹¹⁸, así como en términos laborales y productividad¹²⁰⁻¹²². Al contrario, tasas más elevadas de prevalencia de LM reducen el gasto sanitario al disminuir la prevalencia de ciertas patologías maternoinfantiles. En este sentido, varios autores o instituciones han calculado el gasto sanitario en diferentes sistemas sanitarios de varios países según determinados criterios.

En el año 2012, UNICEF Reino Unido publicó el informe titulado “Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK”, en el que se determinó que si las tasas de prevalencia de LM aumentaran del 45% al 75% a los 4 meses de edad en las unidades neonatales se podrían reducir los gastos de tratamiento derivados de patologías como la ECN, la infección respiratoria, la gastroenteritis y la otitis media, en un total de más de 17 millones de libras esterlinas al año¹²³.

En un estudio publicado en The Lancet en 2016 se describió que un aumento del 10% en las tasas de prevalencia de LME en los 24 primeros meses de vida implicaría una reducción de los costes sanitarios de 1,8 millones en Brasil, 7,8 millones en el Reino Unido, 30 millones en China y 312 millones de dólares en EE.UU¹²⁴.

Una investigación del Servicio de Salud de Reino Unido (UK NHS - United Kingdom National Health Service) sobre el impacto económico de los beneficios a corto, medio y largo plazo de la LM para los RN prematuros frente a la lactancia artificial, afirmó que si todos los bebés prematuros hubieran sido amamantados, el sistema sanitario habría ahorrado unos 46,7 millones de libras y habría ganado un total de 10.594 años ajustados por calidad de vida en mejoría de la salud. Además, se habrían evitado 238 muertes por SMSL, lo que habría implicado un ahorro a lo largo de la vida de unos 153,4 millones de libras¹²⁵.

2.1.1.4. Los beneficios medioambientales de la lactancia materna: Sostenibilidad frente vía de introducción de tóxicos en el organismo

Por último, al hablar de los beneficios de la LM no podemos dejar de tratar el doble efecto **beneficio/riesgo medioambiental** de la alimentación con leche materna. Por un lado, es un recurso natural que no contamina y protege el medio ambiente ya que no produce residuos, ni necesita envases ni tratamientos especiales que requieran gasto energético en su elaboración ni emisiones de dióxido de carbono (CO_2) pero, por otro, puede ser una vía de entrada al organismo de sustancias químicas contaminantes perjudiciales para la salud.

Según un reciente artículo publicado en *Frontiers in Sustainable Food Systems* en 2023, el posibilitar que las mujeres amamanten a sus bebés reduciría las ventas de leche artificial y contribuiría a mitigar el cambio climático, ya que la industria alimentaria emite aproximadamente el 30% de los gases de efecto invernadero y gran parte de ese porcentaje se debe a la fabricación de productos comerciales de leche artificial. En el año 2018 se facturaron a nivel mundial más de 2 millones de toneladas de preparados lácteos artificiales, generando entre 14-28 millones de toneladas de emisiones de gases de efecto invernadero, y gastando alrededor de 10 millones de metros cúbicos de agua¹²⁶.

Este artículo señala, además, que las poblaciones con altas tasas de prevalencia de LM se adaptan mejor a los principales riesgos de seguridad alimentaria del cambio climático y son más resilientes en el caso de emergencias y desastres¹²⁶.

En las conclusiones de dicho artículo, se propone la posibilidad de incluir proyectos, programas y políticas nacionales para el fomento de la LM, para compensar la huella de carbono en los programas de las Naciones Unidas. Al hacerlo, dicen, se responde a la petición de la comisión de The Lancet¹²⁷ para abordar las pandemias combinadas actuales de desnutrición, sobrenutrición y cambio climático en el mundo¹²⁶.

Por otro lado, en su firme compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030, la IHAN ha elaborado el informe **“Objetivos de Desarrollo Sostenible y lactancia, conseguirlos a través de la lactancia y la IHAN”**¹²⁸, donde se señala que:

- La LM protege la salud y nutrición infantil a la vez que salvaguarda frente al cambio climático que se ocasiona a causa del calentamiento global.
- La producción y el uso de fórmulas infantiles generan emisiones de gases de efecto invernadero que aceleran este calentamiento y además, producen contaminación y emisiones tóxicas debido a sus residuos.
- Aunque todavía no se ha cuantificado en términos monetarios, hay muchos costos ambientales asociados con el no amamantamiento.
- Amamantar significa menos gases de efecto invernadero, menos degradación ambiental y menos contaminación. La LM ayuda a la transición de una economía basada en combustibles fósiles a una economía baja en carbono.
- No se necesita electricidad para producir la LM y no se requiere de combustible para transportarla, reduciendo así las emisiones de CO₂, el principal gas de efecto invernadero.
- La LM es ecológica, a diferencia de la alimentación con fórmula. La elaboración de leche de fórmula implica un incremento en la producción lechera lo

cual aumenta la presión sobre los recursos naturales y contribuye al incremento de emisiones de carbono.

- Y, por último, la LM implica menos residuos en comparación con la alimentación con fórmula. La producción industrial y la distribución de las fórmulas infantiles conllevan desechos plásticos que contaminan los mares y afectan la vida marina.

Se ha demostrado que los contaminantes del aire están relacionados con una variedad de efectos negativos en el cuerpo humano afectando al funcionamiento de los sistemas inmunológico, respiratorio y cardiovascular, y que ocasionan mecanismos como: efectos proinflamatorios (PM, metales pesados, NO₂); la inducción de estrés oxidativo (NO₂, OH₃, PM); la inducción del sistema de coagulación y de cambios epigenéticos; efectos genotóxicos (PM, HAP, B(a)P); la regulación negativa de las cantidades de proteínas y péptidos antimicrobianos; la modificación de la respuesta inmune; la activación de los ejes hipotálamo-pituitario-suprarrenal y simpático-suprarrenal-medular; y el efecto disruptor endocrino (HAP, metales pesados, PM, NO₂)¹²⁹.

Una revisión sistemática de 2019 estudió la evidencia actual sobre los efectos de la LM sobre estos efectos adversos para la salud producidos por la exposición a contaminantes del aire durante los primeros 1000 días de vida, encontrando que la LM podría disminuir los efectos negativos de la contaminación ambiental en el organismo, así como la mortalidad de los menores de cinco años. Esta protección podría ser el fruto de las propiedades antiinflamatorias, antioxidantes e inmunomoduladoras de la leche materna que aminoran el daño inducido por la contaminación atmosférica, así como el efecto protector sobre los sistemas respiratorio, inmunitario y nervioso. Los nutrientes, las vitaminas antioxidantes, los factores de crecimiento, los agentes bioactivos, los flavonoides, los carotenoides y los factores inmunitarios (citoquinas e inmunoglobulinas) podrían ser los responsables del efecto protector de la leche materna¹²⁹.

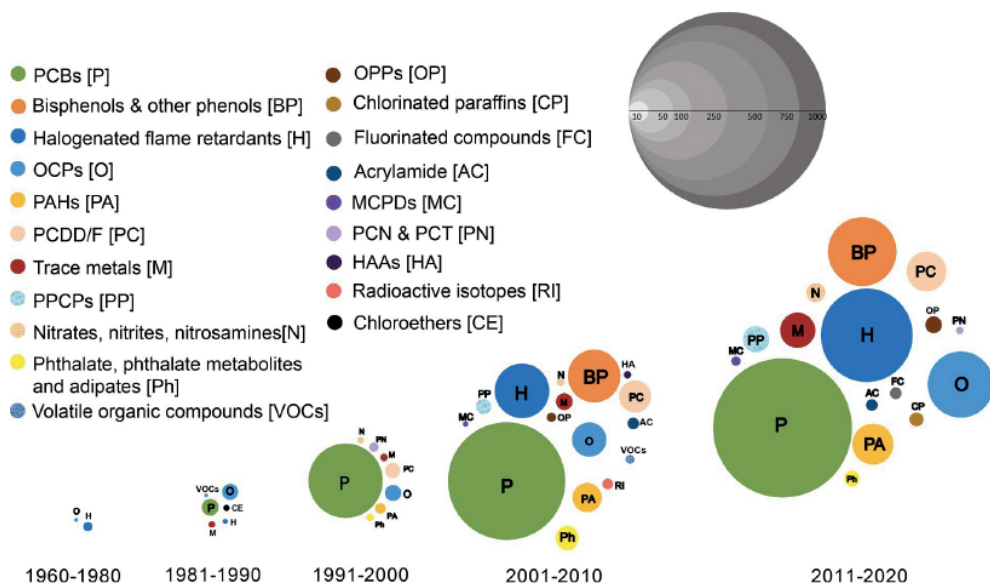
No obstante, en la leche materna pueden existir sustancias químicas que la madre asimila del medio ambiente y que pueden constituir un peligro para la salud. Por ello, desde la década de los años 50, la leche materna se ha considerado como un biomarcador fiable para la evaluación de la contaminación medioambiental en los seres humanos, especialmente para medir los niveles de exposición materna y prenatal y estudiar la transferencia de contaminantes a través de la leche materna¹³⁰.

Durante los primeros años de vida, los lactantes son extremadamente sensibles a los efectos nocivos de los contaminantes químicos debido a los rápidos cambios en su composición corporal, su metabolismo y sus órganos y sistemas todavía no completamente desarrollados, por ejemplo a nivel cerebral, pulmonar e inmunitario¹³¹. Varios autores, de acuerdo con la hipótesis de “los orígenes evolutivos de la salud y la enfermedad en la edad adulta”, afirman que la acumulación de sustancias químicas perjudiciales durante el embarazo y periodo postnatal puede derivar, a través de mecanismos epigenéticos, en la existencia de enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la edad adulta^{132,133}.

En los estudios de investigación de exposición a contaminantes de la leche humana se han detectado cientos de productos, como por ejemplo: plaguicidas organoclorados, bisfenol A, dioxinas, sustancias químicas del procesado de alimentos, plastificantes y micotoxinas. Las vías de exposición a estos componentes son la ingestión, absorción dérmica e inhalación¹³⁴.

En una reciente revisión de estudios publicados entre 1960 y 2020, donde se detalló una lista de las diferentes sustancias químicas estudiadas presentes en la leche humana por familias, se puede evidenciar el creciente interés sobre el tema (Figura 1). Asimismo, deja de manifiesto la necesidad de obtener datos fiables sobre el control de la leche humana en el caso de algunas sustancias químicas de forma individual y, sobre todo, de mezclas complejas¹³⁴.

Figura 1: Número de estudios publicados entre 1960 y 2020 sobre familias específicas de contaminantes detectados en la leche humana.



Fuente: Chi ZH et al, 2023¹³⁴.

Otro estudio del año 2022, en una cohorte de madres lactantes españolas, examinó la mezcla de contaminantes presentes en la leche materna entre los años 2016 a 2019, determinando la presencia de los siguientes compuestos: diclorodifeniltricloroetano (DDT), diclorodifenildicloroetileno (DDE), hexaclorobenceno (HCB), oxiclordano (oxi-CD), policlorobifenilos (PCB), polibromodifeniléteres (PBDE), sustancias perfluoroalquiladas y polifluoroalquiladas (PFAS), clorpirifos, bisfenol A (BPA), tetrabromobisfenol A (TBBPA) y una serie de elementos tóxicos y esenciales. Además, encontró mayor presencia de DDT y DDE en madres con ingresos bajos, lo que indica la influencia del nivel socioeconómico de los hogares en la exposición a agentes contaminantes¹³⁵.

Hay que decir que los preparados de fórmula artificial para lactantes no están exentos de contaminantes ambientales. Una revisión del año 2023 realizó una comparativa de la información existente sobre los contaminantes presentes en la leche materna y los preparados para lactantes en la última década en todo el mundo. En ella se pone de manifiesto que la existencia de los distintos contaminantes varía de un continente a otro, influyendo de manera importante el lugar de residencia, ya que se encuentran mayores niveles de tóxicos en la leche materna en aquellas madres que viven en zonas industriales, entre los que destacan metales, productos de envasado y pesticidas. Como conclusión sugiere que en casos de contaminación extrema la leche de fórmula para lactantes podría ser una buena alternativa, aunque no se puede descartar la presencia en los mismos de micotoxinas, metales, residuos farmacéuticos y productos de tratamiento térmico o envasado¹³⁶.

Por último, una revisión de 2020 examinó la literatura epidemiológica existente acerca de la relación entre la presencia de sustancias químicas disruptoras endocrinas y la duración de la lactancia, encontrando que los hidrocarburos aromáticos halogenados, pesticidas y fungicidas y el bisfenol A se asocian a una menor duración de la LM a consecuencia de las alteraciones provocadas en el desarrollo, la función y lactogénesis de la glándula mamaria¹³⁷.

Por lo tanto, a pesar de los claros beneficios de la LM, la presencia en la misma de una gran cantidad de sustancias químicas nocivas hace necesario realizar estudios de biovigilancia y vigilancia alimentaria para detectar y minimizar el riesgo¹²⁸. En este sentido, está en marcha el proyecto europeo LIFE_MILCH de la Universidad de Parma (www.lifemilch.eu), cuyo objetivo es estudiar los niveles de trece alteradores endocrinos presentes en la leche materna en relación con el estilo de vida y hábito dietético de las madres y en la leche de fórmula, evaluando las relaciones de los mismos con el desarrollo y crecimiento del lactante desde su nacimiento hasta el primer año de vida¹³⁹.

Otro proyecto, en este caso la Asociación Europea para la Evaluación del Riesgo de las Sustancias Químicas (en inglés Partnership for the Assessment of Risks in Chemicals - PARC), nace en París en Mayo del 2022, con el objetivo general de consolidar y reforzar la capacidad europea de investigación e innovación en materia de evaluación del riesgo químico para proteger la salud humana y el medio ambiente. Cuenta con la participación de 200 organizaciones en 28 países, incluidas tres agencias europeas y está coordinado por la Agencia Francesa de Seguridad Alimentaria, Medioambiental y Salud y Seguridad en el Trabajo (ANSES) ¹⁴⁰.

Para concluir, los profesionales de enfermería tenemos que hacer hincapié en nuestra labor de prevención e informar a las futuras madres para evitar el contacto y el consumo de aquellos productos con presencia de contaminantes nocivos para la salud durante el embarazo y la lactancia. Debemos educarlas para que presten atención al origen de los alimentos, eviten el uso de productos de aseo y cuidado personal que pueden ser perjudiciales para la salud y reduzcan al máximo el contacto con la contaminación interior y/o exterior¹³⁸.

2.1.2. Riesgos de no amamantar

Una vez demostrado que la leche materna es el alimento óptimo para la alimentación del recién nacido no debemos olvidar que el uso de leches de fórmula y biberones para la alimentación infantil conlleva una serie de riesgos, tales como la alteración de la microbiota intestinal, las alteraciones de la cavidad oral (aumento de maloclusión, respiración bucal y caries y alteración de la mordida) y alteración de la oxigenación y la termorregulación de los lactantes.

Parece evidente que la **microbiota intestinal** del RN se ve afectada por el tipo de alimentación que recibe y cada vez son más las pruebas que sugieren que la flora materna puede transmitirse a través de la LM y está relacionada con la

prevención de enfermedades alérgicas infantiles en la infancia. Una revisión de 2023 señala que los lactantes alimentados con leche materna tienen una microbiota más uniforme y estable que los que reciben leche de fórmula, y que pequeñas cantidades de suplementos de fórmula en lactantes amamantados producen una alteración de la flora microbiana normal al patrón patológico de los lactantes alimentados con leche de fórmula¹⁴¹.

Esto tiene implicaciones futuras, ya que la microbiota adquirida en la primera infancia es fundamental para determinar la respuesta inmunitaria y la tolerancia futura. Las alteraciones del microbioma intestinal son responsables de la inflamación de la mucosa, la patología autoinmune y las enfermedades alérgicas en la infancia y la edad adulta¹⁴².

El uso continuado del biberón interfiere en la **maduración de las funciones bucales** a medida que el lactante va creciendo. Aquellos bebés que han sido amamantados tienen menos posibilidades de tener discrepancias en el tamaño de los maxilares que aquellos que fueron alimentados con biberón¹⁴³. Así, podríamos decir que la LM facilita el buen desarrollo de la musculatura oral, favoreciendo una función succión-deglución-respiración adecuada. Por tanto, los bebés que han tomado biberón tienen un mayor riesgo de deglución atípica, disfunción masticatoria, dificultades en la fonoarticulación del lenguaje y alteración de la postura corporal, entre otros¹⁴⁴. Además, existe un aumento del riesgo de respiración oral, lo que conlleva a una ventilación inadecuada, aumento de infecciones respiratorias, disminución de la audición, alteración del desarrollo de la postura torácica y corporal y alteración del desarrollo maxilofacial¹⁴⁵.

Un estudio retrospectivo en Italia con 1.130 preescolares afirmó que la LM tendría un efecto protector sobre el desarrollo de la **mordida cruzada posterior** en la dentición temporal, ya que los preescolares con antecedentes de actividad de succión no nutritiva y que habían sido alimentados con biberón presentaban

más del doble de riesgo de mordida cruzada posterior¹⁴⁶. Una revisión sistemática de 2020 analizó la influencia de la LM en dentición primaria y mixta sobre diferentes tipos de maloclusiones, encontrando que la LM es un factor positivo que parece reducir la incidencia de **mordida cruzada posterior**, clase II esquelética y **distoclusión** en dentición primaria y mixta. Además, añadió que parece existir una relación positiva entre los meses de LM y la reducción del riesgo pese a ser necesarias más investigaciones de tipo longitudinal, para evitar sesgos en los resultados, en las etapas de dentición primaria, dentición mixta y dentición permanente¹⁴⁷.

Además, el uso del biberón también aumenta el **riesgo de caries** en los niños. Así lo demuestra una revisión sistemática con metanálisis que concluyó que los niños amamantados, menos caries que los que usaban biberón (OR=0,43; IC 95%: 0,23-0,80). Por tanto, las pruebas científicas indican que la LM puede proteger contra la caries dental en la primera infancia¹⁴⁸.

Un estudio prospectivo longitudinal en Australia evaluó la **alteración de los patrones de oxigenación, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura corporal** en bebés prematuros amamantados y alimentados con biberón. Estos valores se midieron durante 20 minutos durante los períodos de alimentación. La saturación de oxígeno y la temperatura corporal fueron significativamente mayores en los lactantes amamantados. También hubo dos episodios de apnea y veinte episodios de desaturación de oxígeno inferior al 90%, todos ellos durante la alimentación con biberón. El estudio concluyó que la LM es fisiológicamente más beneficiosa para la alimentación de bebés prematuros¹⁴⁹.

Asimismo, otro estudio realizado en EE.UU tuvo como objetivo estudiar el patrón respiratorio de los lactantes a término en relación con su alimentación, comparando los lactantes amamantados con los alimentados con biberón. Los resultados demostraron una prolongación del tiempo de espiración, una reducción de la

frecuencia respiratoria y una menor frecuencia de succión en los bebés alimentados con biberón. Además, los bebés alimentados con biberón experimentaron el doble de episodios de desaturación de oxígeno y algunos tuvieron episodios de bradicardia, hecho que no se dio en ninguno de los bebés amamantados¹⁵⁰.

Como conclusiones, la LM tiene un impacto positivo en la morbilidad y mortalidad infantil. La leche materna puede reducir el riesgo de diversas patologías, es respetuosa con el medio ambiente y conlleva un beneficio económico derivado no sólo del ahorro directo al no consumir fórmula, sino de una disminución de los gastos sanitarios y un aumento de años y calidad de vida obtenida.

Por otro lado, existen riesgos asociados al uso de fórmulas y biberones en sustitución de la LM, por lo que es importante incentivar la LM desde el embarazo, el parto y el puerperio de manera prioritaria con el objetivo de lograr una salud integral.

2.1.3. Prevalencia de la lactancia materna

Para evaluar qué estrategias de promoción y apoyo a la LM son necesarias para conseguir unas tasas óptimas de inicio y continuación de la LM, es esencial conocer la prevalencia, duración y características de la LM en cada país o región, por lo que se recomienda una recogida de datos regular y consistente.

Sin embargo, este tipo de investigación epidemiológica requiere recursos humanos y financieros que a menudo no están disponibles en los diferentes países, lo que resulta en una falta de datos fiables y actualizados a nivel global. Otro problema importante es que a veces ni los indicadores recopilados ni la metodología utilizada se ajustan a las recomendaciones normalizadas de la OMS, lo que dificulta la realización de estudios comparativos¹⁵¹.

En 2017, basándose en los datos publicados por UNICEF⁴⁰, el Comité de Lactancia Materna de la AEP elaboró un informe sobre las tasas de inicio y duración de la LM en España y otros países¹⁵², utilizando los siguientes indicadores:

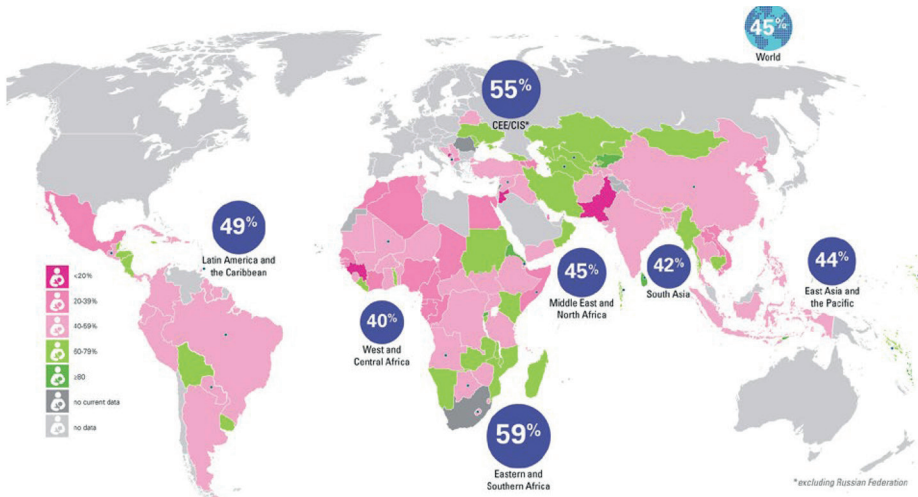
2.1.3.1. Inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida

El porcentaje de lactantes que inician la LM en la primera hora de vida es de suma importancia, ya que se ha demostrado que el inicio precoz contribuye al establecimiento de la LME y se asocia a una mayor duración de la misma¹⁵³. El análisis de los datos disponibles¹⁸ muestra que, en todo el mundo, menos de la mitad de los recién nacidos son amamantados en la primera hora de vida. El porcentaje varía del 60% en África oriental y meridional al 40% en África central y occidental y en Asia meridional. En los países de ingresos altos no se dispone de datos oficiales, por lo que se desconoce la aplicación de esta recomendación (Figura 2, ver página siguiente).

2.1.3.2. Lactancia materna exclusiva de 0 a 5 meses

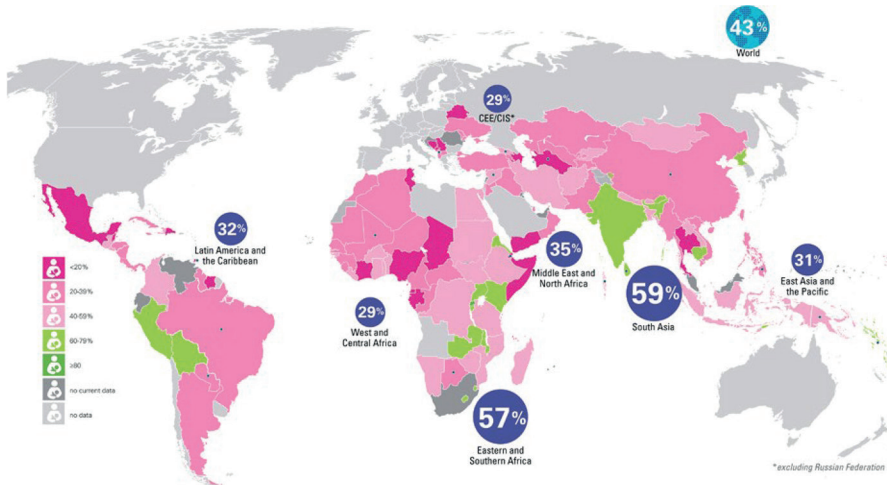
La situación mundial muestra que, aunque la mayoría de los bebés de casi todos los países nacen con LM, se produce un descenso progresivo en los primeros meses de vida. Los factores responsables son múltiples y variados, como muestra un estudio epidemiológico publicado en 2021 y realizado en España¹⁵⁴, con datos recogidos a través del cuestionario diseñado por el “*Global Breastfeeding Initiative (Excellence in Pediatrics Institute)*”, en el que la dificultad para combinar lactancia y trabajo y amamantar en lugares públicos fueron los principales inconvenientes percibidos por las mujeres lactantes. En casi la mitad de los casos el motivo para el destete precoz fue la sensación de baja producción de leche y la incorporación al trabajo. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la duración de la lactancia entre las diferentes zonas geográficas ni al comparar a las madres que estaban trabajando con las que no lo hacían.

Figura 2: Porcentaje de recién nacidos amamantados en la primera hora de vida, por países y regiones



Fuente: Base de datos global UNICEF, 2016⁴⁰

Figura 3: Porcentaje de lactancia materna exclusiva 0-5 meses de edad, por países y regiones, 2016



Fuente: Base de datos global UNICEF, 2016⁴⁰

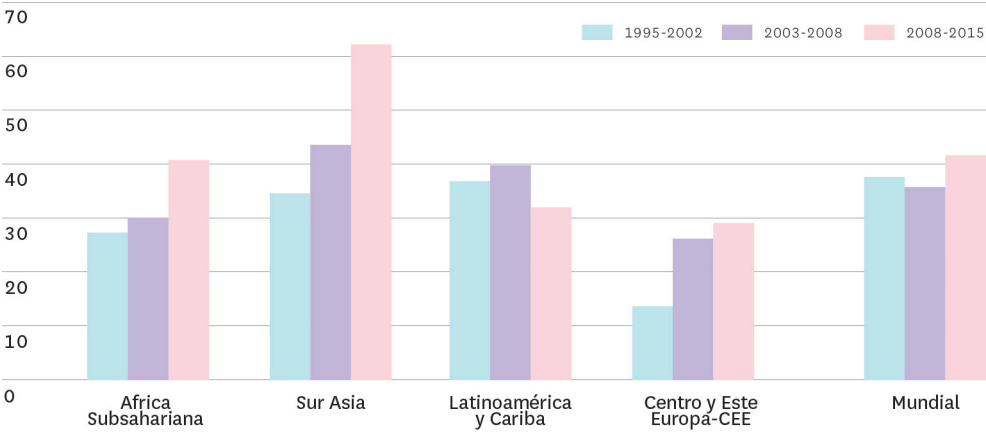
Los datos publicados en 2016 por UNICEF⁴⁰ muestran que, en todo el mundo, solo el 43% (2 de cada 5) de los niños siguen tomando LME a los 6 meses de edad. Las tasas más altas se encuentran en los países del sur de Asia, con una tasa de LME del 60%, seguidos de África oriental y meridional, con un 57%. Preocupantemente, en muchas regiones este porcentaje es tan bajo como el 30% (Figura 3).

Se desconoce en detalle la situación en los países con mayores ingresos, pero la información disponible no es alentadora. Por ejemplo, en Australia en 2010, alrededor del 90% de las mujeres iniciaron la LM, pero solo el 2% continuó con LME a los 6 meses¹⁵⁵. En EE.UU., en 2013, el porcentaje de inicio de la LM era del 76% y la LME a los 6 meses había descendido al 16%¹⁵⁶.

En Europa, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2005¹⁵⁷, los mejores resultados para el inicio de la LM se dieron en los países nórdicos, con cifras cercanas al 100%, pero el porcentaje de LME a los 6 meses fue inferior al 20%, muy por debajo del objetivo de la OMS (50% de LME a los 6 meses)¹⁵⁸.

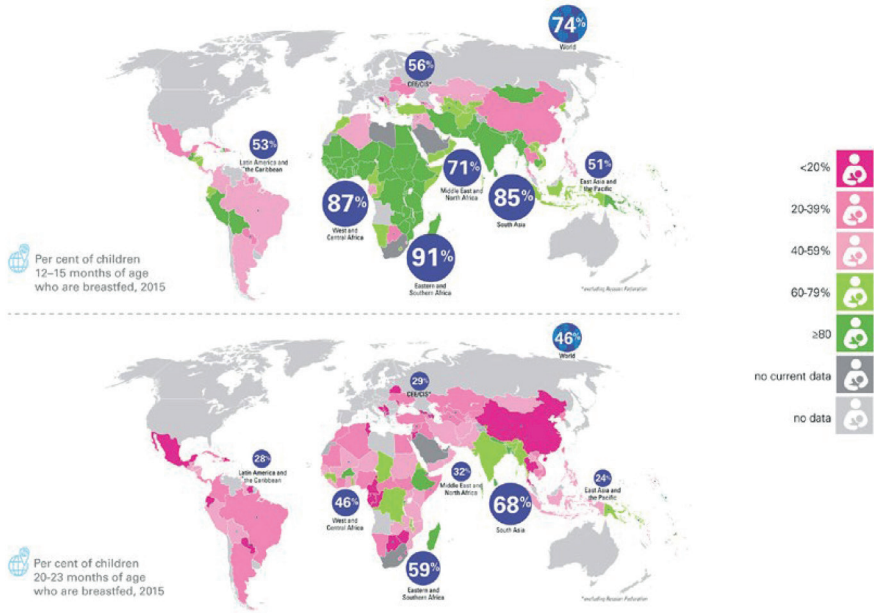
Los países con peores tasas de inicio de la LM fueron Irlanda y Francia, con cifras del 63% y el 44% respectivamente¹⁵⁷. Por el contrario, el Reino Unido tenía una tasa de inicio de la LM del 77%, con <1% de LME a los 6 meses^{157,159}. En los países en los que se dispone de datos evolutivos^{18,40,160}, la tasa de LME a los 6 meses aumentó globalmente del 24,9% al 43% entre 1995 y 2015. El aumento fue más marcado en África subsahariana, del 28% al 42%, y en Asia meridional, del 36% al 64%. En las regiones europeas para las que solo se dispone de datos hasta 2008 (ECE/CEI: Europa Central y Oriental y Estados Independientes de la Commonwealth), también se produjo un aumento, pero solo del 19% al 27% (Figura 4, ver página siguiente).

Figura 4: LM exclusiva <6 meses, tasa por países y tasa mundial, 1995-2015



Fuente: Base de datos UNICEF 1995-2015¹⁵⁰

Figura 5: Porcentaje de Lactancia Materna al año y 2 años de vida



Fuente: Base de datos global UNICEF, 2016⁴⁰

2.1.3.3. Lactancia Materna al año y a los 2 años de vida

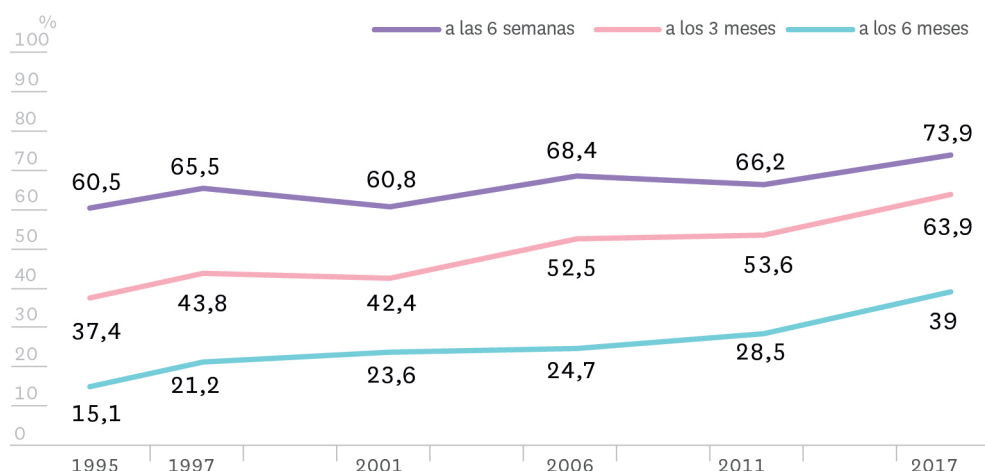
A nivel global⁴⁰, las tasas de LM al año de vida son del 74%, reduciéndose hasta el 46% a los 2 años. Para todos los intervalos de edad los porcentajes más altos los presentan los países del África subsahariana y del Sur de Asia, donde casi un 70% de los niños continúa recibiendo LM a los 2 años. En el Este de Asia, Europa Central y del Este, Estados Independientes Commonwealth y Latino-América-Caribe, sólo la mitad de los niños sigue recibiendo LM al año de vida y esta cifra disminuye por debajo del 30% a los 2 años (Figura 5).

Las cifras LM hasta 1-2 años de vida se han mantenido estables en los últimos 15 años⁴⁰, siendo CEE/CIS la única región a nivel mundial que ha presentado un incremento, tanto al año como a los 2 años, y, a pesar de ese incremento, sólo un tercio de los niños siguen siendo amamantados a los 20-23 meses. UNICEF no dispone de datos de los países con ingresos más elevados, pero un estudio reciente¹⁸ estima que sólo el 20% siguen amamantando a sus hijos al año, con grandes variaciones entre países (27% EE.UU, 35% Noruega, 16% Suecia, <1% Reino Unido). No se dispone de datos sobre la situación a los 2 años.

En **España** no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la LM adecuado. Los datos registrados en las historias de salud no son fácilmente explotables con fines epidemiológicos además de la limitada sistematización en la recogida de datos. El mejor recurso disponible hasta ahora son los datos procedentes de encuestas realizadas por profesionales sanitarios (en su mayoría) a nivel regional y de forma ad hoc, lo que no permite una correcta evaluación nacional ni un seguimiento a lo largo del tiempo. Los datos disponibles a nivel nacional que permiten tener una serie histórica proceden de las ENS que, desde el año 1995, incluyen preguntas referentes a la lactancia¹⁶¹. En ellas se recogen datos de prevalencia de LM por meses, pero no se utilizan ni los indicadores ni la metodología recomendados por la OMS lo que dificulta la comparación con otros países.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, según los datos extraídos de las ENS, la tasa de LM en España (incluyendo LME y parcial) a las 6 semanas ha pasado de una media de entorno al 70%, al 73,9%. También se ha producido un aumento progresivo del número de LME a los 3 y 6 meses de edad en los últimos 15 años (Figura 6).

Figura 6: Tendencia de LME en España 1995-2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud en España 2017¹⁶¹

Sin embargo, según datos de la última **Encuesta Nacional de Salud (ENS)** de 2017, la tasa de LME no alcanza el patrón óptimo recomendado por la OMS, siendo solo del 39%⁴¹ a los 6 meses, similar a las cifras europeas en su conjunto, pero lejos de las recomendaciones OMS-UNICEF.

En **Asturias**, la investigación sobre la prevalencia de LME es escasa. Un estudio realizado en el año 2008 registró una tasa de LME del 51,4% al inicio del estudio, que disminuyó al 14,9% a los 90 días y al 8,7% a los 120 días⁴². Según

la **I Encuesta de Salud Infantil de Asturias del año 2009**, la prevalencia de LME a los 7 días del parto se cifró en el 59%, a los tres meses al 34%, a los 120 días al 27% y a los seis meses solo fue del 14%. La última **Encuesta de Salud Infantil, realizada en el 2017**, reflejó una tasa de LME al alta hospitalaria del 56,3%, disminuyendo al 32,6% a los 4 meses de edad⁴³.

En **España**, sería recomendable mejorar el sistema de monitorización y seguimiento de la LM. A la luz de la información disponible, parece claro que son necesarias medidas para aumentar las tasas de inicio y duración de la LM. Estas estrategias de apoyo deben ser multidisciplinarias e implicar a todos los componentes del sistema sanitario. También es necesario un mayor apoyo a la LM a nivel social y profesional, y no se puede responsabilizar únicamente a las familias de todos los esfuerzos para alcanzar estos objetivos.

Como **conclusión**, a pesar de la reconocida importancia de la LM, esta práctica aún no está bien establecida a nivel mundial, especialmente en los países más desarrollados. Aunque se han realizado progresos en los últimos años, aún estamos lejos de alcanzar los objetivos de la OMS. Dadas las grandes diferencias entre países, es aconsejable que se desarrollen estrategias de promoción de la LM específicas para cada país, en función de sus necesidades.

2.1.4. Políticas y programas de actuación para la protección, promoción y desarrollo de la lactancia materna

La protección, promoción y apoyo de la lactancia es una prioridad de salud pública en todo el mundo. Los bajos índices de prevalencia y el abandono precoz de la LM conllevan importantes implicaciones adversas sociales y sanitarias para las mujeres, los niños, la comunidad y el medio ambiente, resultando un gasto mayor en disposición de cuidados de salud nacional y un aumento de las desigualdades en salud.

Desde hace casi un siglo, han sido muchos los esfuerzos internacionales, mediados por organismos, instituciones o personas comprometidas con la LM, que han destacado en la abogacía por la protección, promoción y desarrollo de la misma.

La primera investigadora que dio la voz de alarma en cuanto a iniciativas de concienciación de la importancia de la LM fue la pediatra **Cecily Williams**¹⁶², en 1933, cuando promulgó que el uso de la leche artificial favorecía la mortalidad infantil.

Williams escribió un informe titulado “Condiciones nutricionales entre mujeres y niños internados en el campo civil”, señalando que: “Nacieron 20 bebés, 20 bebés fueron amamantados, 20 bebés sobrevivieron, no hay nada mejor que eso” dentro de su campaña en contra de la multinacional Nestlé por el uso de azucarados, leche condensada y otras leches artificiales para bebés como sucedáneos de la leche materna en Malasia. Años después, en 1948, Williams fue nombrada jefa de la nueva Maternal and Child Healthcare (MCH) de la OMS en Ginebra.

En el año 1956, un grupo de mujeres voluntarias fundó en Chicago “**La Liga de la Leche**” (LLL) con el objetivo de ayudar a las mujeres a dar lactancia natural, que hoy sigue actuando como una organización internacional de apoyo y promoción de la LM¹⁶³.

Posteriormente, todos los países presentes en la **Conferencia de Alma-Ata “Salud para todos en el año 2000”** (Unión Soviética) de 1972, reconocieron a la LM como parte imprescindible de la estrategia de la AP de salud¹⁶³⁻¹⁶⁵.

A finales de los años 70, durante la **27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS)** se empezó a alertar sobre la disminución de las cifras de prevalencia de la LM y sus peligros^{163,166}, hecho que se relacionó con la promoción indiscriminada de

sucedáneos de leche industriales, recomendando a los países miembros adoptar medidas correctoras como la revisión de las campañas publicitarias de las leches para lactantes. Asimismo, se señaló la promoción de la lactancia como una herramienta importante para combatir la malnutrición infantil¹⁶³.

En 1979, la OMS y UNICEF organizan una reunión conjunta internacional sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, donde propusieron formalmente la realización de un código internacional de comercialización de alimentos destinados a la infancia, tema sobre el que posteriormente se realizaron sucesivas reuniones. Se recabó la opinión de profesionales y de expertos, se realizaron reuniones con todas las partes implicadas y se hicieron consultas a los gobiernos de los estados miembros, a las asociaciones de fabricantes y a los grupos que más se habían posicionado contra el empleo generalizado de los sucedáneos artificiales. Después de valorar toda la información recogida y todas las propuestas de las partes interesadas, en el año 1981, la OMS-UNICEF aprueban **“el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna”**⁷³, con el objetivo de asegurar el uso correcto de los sustitutos de la LM y controlar su publicidad. El problema fue que los gobiernos no transformaron enseguida en leyes las recomendaciones del Código de Comercialización.

El Código fue durante mucho tiempo un referente ético sin capacidad legal para forzar su cumplimiento. En 1986, la AMS añadió una resolución que aconsejaba la prohibición de la donación o venta barata de leche artificial en los hospitales de los países miembros. A Europa le costó diez años publicar un reglamento que fue la: **“Directiva de la Comisión de la Comunidad Económica Europea 91/321”**¹⁶⁶ (publicada en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas en 4 de Julio de 1991). Este ordenamiento recogía la mayor parte de las propuestas del Código y fue adoptada al año siguiente en España como **“Real Decreto (RD) 1408/1992”**¹⁶⁷ (publicado en el Boletín Oficial del Estado: 13 de enero de 1993).

Otros decretos posteriores han tratado de la protección la LM como “**el RD 1907/1996**”¹⁶⁸, que articula la forma de controlar la transparencia y veracidad de la información y publicidad sanitaria de estos productos y “**el RD 72/1998**”¹⁶⁹, que aprobó la Reglamentación específica de los preparados para lactantes y leches de continuación, aunque fue derogado por “**el RD 867/2008**”¹⁷⁰.

En el año 2016, la OMS, en su documento “Eliminación de la promoción inadecuada de alimentos para lactantes y niños pequeños”¹⁷¹, durante la **69ª Asamblea Mundial de la Salud**, junto con otros autores¹⁷² señalan que en la actualidad se pueden encontrar en casi todos los países algún tipo de ataque al código internacional de comercialización de alimentos destinados a la infancia.

En la década de los 80, se realizaron investigaciones que evidenciaban, cada vez más, la gran superioridad de la leche materna confirmando que el descenso de la LM es un grave problema de salud pública. Por ello, se empezaron a adoptar medidas a nivel mundial. En 1981 la AMS declara la responsabilidad de los gobiernos de apoyar la LM y destaca el papel importante de los profesionales, en especial, los profesionales de la salud¹⁸.

Así, en el año 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas, declara en la “**Convención de los Derechos del niño**”, en su artículo 24, el derecho del lactante a recibir LM y la necesidad de que su entorno esté bien informado de todo lo relacionado con este aspecto. A partir de aquí, la OMS y UNICEF elaboran un documento Protección, Promoción y Apoyo a la LM, denominado “**Los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural**”^{93,174}.

A partir de ello se observa una ligera recuperación, sobre todo a partir de los años 90, pero no hasta los niveles deseados por la OMS, en su objetivo de conseguir para el año 2025 unas tasas de inicio de alimentación natural del 75% y un mantenimiento de la misma del 50% a los 6 meses¹⁵⁸.

En 1990, en Florencia (Italia), se elabora **“la Declaración de Innocenti”**⁷⁵, aprobada en reunión conjunta de OMS y UNICEF, que propone, como meta mundial, proporcionar la LME hasta los 4-6 meses de edad y como complemento de otros alimentos, hasta los 2 años o más, e insta a los gobiernos a tomar las medidas oportunas para recuperar la “cultura del amamantamiento” de la LM y a cumplir enteramente con los “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural” en todas las maternidades⁹³.

A partir de los compromisos de la “Declaración de Innocenti”, el 14 de febrero de 1991, se crea **“la Alianza Mundial pro-Lactancia Materna” (WABA)**, como una red global de expertos y organizaciones a nivel mundial que proporciona una plataforma común para la protección, promoción y apoyo de la LM.

Como efectos positivos a la iniciativa, por un lado, en este mismo año se publicaron una serie de indicadores para evaluar las prácticas de LM y la alimentación infantil dentro de los países y entre ellos, y evaluar el progreso de los esfuerzos de promoción de la LM¹⁷⁴ y, por otro, se elaboraron una serie de cursos de asesoramiento en LM y atención integrada de las enfermedades prevalentes en la infancia. Estos cursos han sido desarrollados por la OMS y UNICEF, traducidos a más de 15 idiomas e impartido en más de 15 países¹⁷⁵.

También en respuesta a la “Declaración de Innocenti”, en 1991, en el Congreso de pediatría celebrado en Ankara (Turquía), se presentó la estrategia de **“Baby Friendly Hospital Initiative” (BFHI)**, en español **“Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños” (IHAN)**.

Este método está basado en una serie de cambios y experiencias que, en 1978 unos pediatras del hospital Universitario de San Diego de California, comprobaron que eran efectivas para el aumento del índice de LM. Esta iniciativa desde un principio exigió el cumplimiento de los llamados “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”. Se trata de un esfuerzo mundial lanzado y auspiciado por

OMS y UNICEF para implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la LM. Nació con la intención de motivar a los hospitales, servicios de salud, y en especial a las salas de maternidad en la adopción de prácticas de protección, promoción y apoyo de la LME desde el nacimiento y, en la actualidad, sigue con su misión desde diferentes frentes.

Esta estrategia cambió de nombre (en el año 2009) y pasó a **denominarse “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”**¹⁷⁶ aunque se siguió conociendo por las siglas IHAN. Finalmente, se optó por utilizar IHAN como un término propio y no como acrónimo de las antiguas denominaciones.

La IHAN aporta mediante una serie de documentos y reuniones científicas, entre otros medios, información científica mundial escrita, revisada, actualizada y ampliada sobre alimentación natural al lactante para conseguir:

- Atención integral.
- Apoyo al cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Ayuda a las madres que no amamantan.
- Pautas sobre enfermedades, alimentación infantil y atención amigable a la madre.
- Acreditación o galardón “Amigo de los Niños”, tanto a centros de salud como a hospitales.

Para conseguir este galardón los centros sanitarios tienen que lograr una serie de pautas y metas y se han de superar varios niveles relacionados con el apoyo y promoción de la alimentación natural. Los requisitos para la obtención de este galardón se han ido modificando y ampliando con el paso del tiempo. Después de conseguido el galardón, la IHAN continúa con el monitoreo y la reevaluación de los centros sanitarios.

En el año 2000, la IHAN, para implicar más a los profesionales, promover el intercambio de experiencias entre los grupos que trabajaban en la promoción de la lactancia y dar a la iniciativa IHAN mayor respaldo científico, organizó, por primera vez en España, el **I Congreso Nacional de Lactancia Materna** en Valencia y, desde entonces, se celebra cada dos años. Cuatro años antes se había creado el **Comité de Lactancia Materna** dentro de la Asociación Española de Pediatría (AEP). La participación de este comité, junto a otras organizaciones científicas (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; Asociación Española de Matronas; Asociación Española de Enfermería Pediátrica; Asociación Nacional Enfermeras de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales; Federación de Asociaciones de Matronas de España; Sociedad Española de Enfermería Neonatal; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; Federación Española de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna - FEDALMA; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Associació Catalana Pro Alletament Matern - ACPAM; Asociación Amamanta; La Liga de la Leche España; Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna - APILAM; Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; Asociación Española de Consultoras Certificadas en Lactancia Materna; Asociación Española de Bancos de Leche Humana - AEBLH; Sociedad Española de Neonatología - SENEo y Asociación Española de Lactancia Materna - AELAMA), ha sido importante en la programación y organización de las siguientes ediciones del Congreso Español de Lactancia de la IHAN ¹⁷⁷.

Además, en el año 2001, la **Asamblea Mundial de la Salud** de la OMS, en su **54ª reunión**, revisó los proyectos realizados hasta la fecha y desarrolló la “**Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño**”. La AMS solicitó a la Directora General que presentase la estrategia, en enero del 2002, al Consejo Ejecutivo, en su 109ª reunión y, en mayo del 2002, a la **55ª Asamblea Mundial de la Salud**^{171,177}.

El Consejo Ejecutivo recomendó que la ASM adoptara la estrategia mundial y que los Estados Miembros la aplicaran. El 18 de mayo del 2002, en la 55ª

Asamblea Mundial de la Salud, se aprobó, por consenso. El 16 de septiembre fue aprobada también por la junta ejecutiva de la UNICEF (WHA55.25 A55/15, párrafo 10)⁸⁷. A partir de aquí quedó patente la recomendación de administrar la lactancia exclusiva durante 6 meses, que hasta entonces era entre los 4 y 6 meses, y, mantenerla hasta los 2 años como mínimo, complementada con una alimentación sana, segura, apropiada y realizable. Este último paso mencionado tuvo como base las acciones realizadas con anterioridad, en especial en “la Iniciativa IHAN” (que queda definida como la herramienta más útil para ayudar al cambio de los servicios de maternidad), “el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”, “la Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia natural” y la “Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición”, siempre teniendo en cuenta el contexto global de políticas y programas nacionales de cada país sobre nutrición y salud del menor. Además, se señaló también la necesidad de políticas nacionales integrales de alimentación del lactante y del niño pequeño, con inclusión de directrices para promocionar la alimentación adecuada de los lactantes y de las niñas y niños pequeños en circunstancias excepcionalmente difíciles. También se insistió en la necesidad de asegurarse de que todos los servicios de salud protejan, promocionen, impulsen y apoyen la LME y una alimentación complementaria con otros alimentos a partir del 6º mes, adecuada y sin interrupción de la lactancia natural. Asimismo, en una de las recomendaciones se hace referencia concreta a mantener investigaciones clínicas poblacionales sobre los factores de comportamiento de las madres que lactan^{87,178}.

En el año 2004, los miembros del **“Grupo de trabajo de los Indicadores de la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño de la OMS”** iniciaron una labor de revisión sobre estos indicadores (los establecidos en 1991, antes mencionados) que culminó con el acuerdo de 8 indicadores básicos y 7 opcionales para evaluar las prácticas sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños a nivel poblacional. Estos indicadores podrían recogerse, por ejemplo, por me-

dio de encuestas en los hogares. Resultó un esfuerzo de 5 años para desarrollar indicadores fáciles de medir, válidos y fidedignos y que pudieran ser utilizados para evaluar prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño, además de evaluar y comparar estas prácticas en diferentes ambientes y épocas^{179,180}.

Durante los años 2004 y 2005, tras la implantación y elaboración de conclusiones de la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño”, la experiencia acumulada de los años anteriores y la necesidad de revisar la dirección que debía seguir la IHAN en el futuro, el Comité OMS/UNICEF planteó hacer una revisión en profundidad de la estrategia. Se pidió la opinión de coordinadores nacionales, evaluadores, expertos en lactancia y representantes de gobiernos y se analizó la experiencia de más de 10.000 hospitales de todo el mundo. Se observó que las madres continuaban necesitando apoyo tras el alta hospitalaria, tanto en el periodo de lactancia natural exclusiva, como en la etapa de lactancia complementada con otros alimentos, además de que se advirtió que la asistencia durante el parto influía en el inicio o no inicio de la LM¹⁸¹.

Por todo esto, se desarrolló una versión renovada de la iniciativa, se extendió más allá de los hospitales y maternidades hacia todos los ámbitos relacionados con el cuidado materno infantil: la atención prenatal, las salas de hospitalización de neonatos y lactantes, los centros de salud y hacia otros sectores de la comunidad como universidades, resto de centros educativos, centros de trabajo e incluso, zonas comerciales. Se añadieron recomendaciones para la atención a los partos normales, para la alimentación de los lactantes con riesgo de infección, en especial del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y también para las madres que optaban libremente por la lactancia artificial¹⁸¹.

En 2006 salió a la luz la versión en inglés de la nueva estrategia IHAN y en 2007 en español. Este mismo año 2007, IHAN-España sufre una renovación interna radical con un nuevo coordinador, nuevo presidente, nuevo organigrama y nuevos grupos de trabajo multidisciplinarios¹⁸².

Tras la renovación de la IHAN, en **España** se empieza con la **Iniciativa Centros de Salud IHAN** para la obtención del galardón IHAN^{173,182,183}. Estos deben cumplir 7 pasos y una serie de condiciones. Además, para la obtención del galardón IHAN por parte de los hospitales, se añaden las siguientes condiciones:

- Atención amigable con la madre: ofrecer asistencia en los partos normales respetando las necesidades del binomio madre-neonato y el establecimiento de las relaciones de vínculo y apego.
- Ofrecer información y apoyo a las madres que no amamantan para promover también en ellas el desarrollo del vínculo con su hijo y para enseñarles cómo preparar y administrar los biberones de leche artificial de manera segura.
- Tener al menos un 75 % de LME en el momento del alta hospitalaria.

España se encuentra en un nivel bajo, aunque esta iniciativa tiene cada vez más apoyo institucional. La organización política española en Autonomías conlleva que la IHAN delegue en los Comités Autonómicos las tareas de formación y asesoría, manteniendo desde el Comité Nacional la necesaria unidad de criterios, promocionando la igualdad de oportunidades entre todos los territorios de España y garantizando la evaluación externa similar en todas las instituciones (hospitales y centros de salud) que aspiren a la acreditación, de forma que no haya variaciones en el nivel de exigencia¹⁷⁷.

Con el objetivo de ir reconociendo públicamente los esfuerzos que van realizando los centros sanitarios y de mantener el estímulo para llegar al final del proceso, la IHAN decidió implantar en España en el año 2011 un sistema de acreditación en cuatro fases que ya había sido probado en otros países con buenos resultados y que provocaban que la instauración de las prácticas adecuadas fuera más fácil y siga un orden progresivo y lógico. La IHAN aporta un programa estructurado y apoyo para que el personal sanitario responsable de la atención a madres y lactantes mejore sus prácticas, se consiga el aumento de las tasas de lactancia y se logre finalmente la acreditación de “centro sanitario IHAN”.

Diversos organismos internacionales (entre ellos la OMS y la Comisión Europea) han reconocido que esta iniciativa representa en la actualidad la mejor práctica basada en la evidencia científica para la promoción, protección y apoyo a la lactancia y se ha demostrado su eficacia para aumentar las tasas y la duración de la lactancia. Por esto, la Comisión Europea recomienda apoyar su implantación en Europa y, en España, se está instaurando cada vez con más apoyo gubernamental^{173,182}.

En Europa, en Dublín (Irlanda), en 2004, se conforma **“el Plan de acción europeo para la Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna”**, que recoge las recomendaciones de “la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño” y las adapta a la realidad europea. Reconoce la LM como una prioridad de salud pública a nivel europeo y, las bajas tasas de inicio y mantenimiento, como un problema de graves consecuencias para la salud materno infantil, la comunidad y el medio ambiente, provocando un aumento del gasto sanitario, desigualdades sociales y problemas de salud evitables. Además, invita al personal sanitario y a las administraciones nacionales y comunitarias, a la puesta en marcha de planes de actuación. Como consecuencia de ello, dos años más tarde, se publica, como complemento y en desarrollo de este plan, el documento **“Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños. Normas recomendadas para la Unión Europea”** y unas directivas relacionadas con el Código de Comercialización de los leches artificiales^{173,174,178,182}.

Mientras tanto, en España, se van sumando poco a poco iniciativas por parte de los diferentes gobiernos, tanto centrales, como autonómicos, con leyes que apoyan la conciliación de la vida familiar y se traducen en mejoras para la lactancia. Gracias a esta cooperación entre gobiernos y sector sanitario se elaboran de una serie de guías, documentos y recomendaciones, entre las que se incluyen:

- En el año 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo trabajó en el **“Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud”**, publicando en 2008 **“la Es-**

trategia de Atención al Parto Normal”, donde se recogen las recomendaciones de la atención amigable con la madre¹⁸⁴.

- En el año 2009 el Ministerio de Sanidad y Consumo colaboró, en el establecimiento de estándares y recomendaciones favorecedores de la LM para maternidades hospitalarias¹⁸⁵.
- En los años 2010-2011, el Ministerio de Sanidad y Política Social participó en estrategias y guías de Salud Sexual y Reproductiva⁷⁸. Se elaboraron una serie de recomendaciones y se incluyen aspectos contemplados a la vez por la IHAN.
- El 16 de febrero del 2011 el presidente de UNICEF del Comité Español y la ministra de Sanidad y Consumo, firmaron un convenio para promover la LM y ese año se publica: **“IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación”**¹⁸⁶.
- En los últimos años se incluyó la LM dentro de **otras estrategias** nacionales de salud como: “la Estrategia de Nutrición, actividad Física y Prevención de la Obesidad”, “la Estrategia de Promoción de Salud y Prevención de la cronicidad”, “la Estrategia de Equidad en Salud en Infancia y Adolescencia” y “el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia”, entre otras.

Es importante destacar que dentro del plan estratégico de la UE se señala la necesidad de mejorar la educación en LM, formación pregrado, continuada e interdisciplinar, y la necesidad de desarrollar materiales de formación. Por ello, se llevan a cabo una serie de acciones en diferentes países, encaminadas a subsanar este aspecto. En España, el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, el Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria, la IHAN y numerosos expertos en el tema, coinciden en la importancia de adquirir formación en LM y de colaborar en los planes de formación para estudiantes y en el postgrado. Se difunde la idea de que el apoyo a las mujeres debe proporcionarse desde todos los ángulos y que la formación y conocimiento de los profesionales puede ayudar a una correcta nutrición del lactante, además de evitar muchas complicaciones y hospitalizaciones innecesarias¹⁸⁷.

Por último, hay que señalar que, tanto a nivel de España, como a nivel mundial, siguen abiertas diversas iniciativas. A nivel mundial hay que destacar la iniciativa de la OMS y UNICEF que, en la 56ª asamblea de la salud, en 2012, a través de su documento **“Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition”**¹⁵⁸ planteó como objetivo para 2025 llegar hasta el 50% la tasa de LME durante los primeros 6 meses. Las 5 principales acciones que la OMS propone en sus metas globales para 2025 para la promoción de la LM son las siguientes:

- Proporcionar capacidad suficiente para revitalizar, ampliar e institucionalizar la opción Iniciativa hospital amigo de los niños en los sistemas de salud.
- Proporcionar estrategias comunitarias que apoyen la LME, incluido la implementación de campañas de comunicación adaptadas al contexto local.
- Limitar significativamente la agresiva e inapropiada comercialización de sucedáneos de la leche materna a través del fortalecimiento de la vigilancia, el cumplimiento y la legislación relacionada en el código internacional de comercialización de sustitutos de la leche y demás resoluciones posteriores de la Asamblea de salud de la OMS.
- Empoderar a las mujeres a amamantar exclusivamente, promulgando la baja por maternidad obligatoria de 6 meses, así como las políticas que alientan a las mujeres a amamantar en el lugar de trabajo y en público.
- Invertir en la formación, protección, promoción y apoyo de la LME.

En el año 2015, con motivo de la semana del Prematuro 2015, UNICEF editó el documento **“Derechos de los recién nacidos prematuros. Derecho 5: Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna”** en el que se recogieron las implicaciones del derecho a recibir LM de estos bebés, las prácticas adecuadas de las instituciones para lograr este objetivo y testimonios de madres y padres sobre esta vivencia¹⁸⁸.

Un año más tarde, se publicó una **“Serie especial sobre lactancia materna en The Lancet”** mediante la colaboración entre varias instituciones del Sistema

de Naciones Unidas (OPS/OMS - FAO - ONU Mujeres - PMA - UNFPA - UNICEF) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, para visibilizar la evidencia científica sobre el papel fundamental de la LM, tanto para las sociedades pobres como para las ricas. En ella se detallan las consecuencias para la salud a corto y largo plazo para la madre y la niñez, las tendencias mundiales actuales y pasadas de la LM, el impacto de la inversión, la eficacia de las intervenciones de promoción y los determinantes de la LM¹⁸⁹.

Posteriormente, en 2017, se publicó el documento **“Nurturing the Health and Wealth of Nations: The Investment Case for Breastfeeding”** editado por UNICEF y la OMS y el “Global Breastfeeding Collective” en el que se promulga la necesidad de un mayor compromiso político y ampliar la financiación en programas e intervenciones para que las madres puedan dar a sus hijos el mejor comienzo de vida, ya que existe evidencia fuerte e indiscutible de que invertir en la LM puede salvar vidas y sentar las bases para sociedades más prósperas y saludables¹⁹⁰.

Para concluir, a nivel de nuestro país, en la última década, se han llevado a cabo numerosas iniciativas de promoción y apoyo de la LM, como la labor de **IHAN en España** o la labor de numerosos comités y asociaciones, particularmente el **Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría**^{1,152,191-196}, que luchan día a día para conseguir la mejor alimentación infantil y mejorar las cifras en LM.

2.1.5. El rol de los profesionales de enfermería en el fomento de la lactancia materna y la continuidad de cuidados

Los profesionales de enfermería tienen ante sí uno de los retos más importante en la salud de la población, como es el inicio de su alimentación⁸⁷. Como profesión que proporciona cuidados de forma integral es un pilar fundamental de los cuidados materno-infantiles en este momento vital tan importante.

Las primeras horas tras el parto son cruciales para el fortalecimiento del vínculo materno/paterno filial y para la instauración de la LM¹⁹⁷. La LM es un acto natural y un comportamiento aprendido, pero, en ocasiones, precisa de un apoyo profesional que proporcione información correcta en el momento adecuado y se acompañe de apoyo emocional cuando sea necesario¹⁹⁸⁻²⁰⁰.

Este apoyo comienza con la difusión de los beneficios de la LME antes del parto, mediante la **educación maternal prenatal**, continúa durante el parto y ha de mantenerse en el momento del puerperio inmediato a través del fomento del contacto piel con piel en los primeros minutos tras el alumbramiento. Posteriormente, proseguirá durante el del puerperio tardío para asegurar a la madre que la técnica de amamantamiento, la succión del bebé y el número de tomas sean correctos¹⁹⁹.

Todos estos momentos, junto con un adecuado seguimiento a nivel de AP, son claves para el posterior desarrollo de una lactancia eficaz una vez recibida el alta, asegurando la continuidad de cuidados, ya sea de forma presencial en la consulta o de forma domiciliaria¹⁹⁹.

Para asegurar un buen control y seguimiento del embarazo, la **atención** ha de ser **multidisciplinar**, tal como recomienda la OMS en su “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño” de 2002⁸⁷. Es necesaria, por tanto, la participación de profesionales como matronas, pediatras, obstetras, enfermeras, médicos de AP y trabajadores sociales, para aunar sus esfuerzos a favor del fomento de la LM²⁰¹.

Tal como indica la Guía de Parto Normal, publicada en el año 2010 por el Ministerio de Sanidad y Política Social²⁰², con un grado de recomendación A*,

* Grado de recomendación A: Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención. Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). Public Health Agency of Canada (PHAC).

según la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)²⁰³ de la Public Health Agency of Canada (PHAC), “la atención al embarazo, parto y puerperio por matronas proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos: disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo, las mujeres tienen una sensación mayor de control y una mayor probabilidad de ser atendida por matronas conocidas, así como una mayor tasa de inicio de la LM”²⁰².

Varios autores afirman que la educación prenatal aumenta las cifras de inicio de la LM en un 5-10%²⁰⁴, ya sea mediante **apoyo e información de forma presencial o por vía telefónica**²⁰⁵. Mayoritariamente, este papel de educadoras lo desarrollan las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas), a quienes se derivan las mujeres para su control prenatal una vez confirmado el embarazo²⁰¹.

Entre los contenidos a abordar durante las clases de educación prenatal, se informa a la embarazada y su familia de: hábitos saludables, cambios físicos y psíquicos durante el embarazo y puerperio, proceso de parto, recursos para aliviar molestias en el embarazo, parto, puerperio y lactancia, beneficios y riesgos de la LM y alimentación con leche artificial^{201,204}, técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento, información sobre grupos de apoyo y consultas especializadas en LM, técnicas correctas de amamantamiento, evaluación de las mamas y detección de factores de riesgo para prevenir y detectar problemas en la lactancia e información sobre patologías y/o medicamentos contraindicados para la lactancia²⁰⁴.

Tras el parto, durante la **estancia hospitalaria** en los servicios de maternidad, se ponen en marcha los programas estructurados de apoyo al inicio y la duración de la LM como parte de la rutina de atención a la madre y al RN¹⁹⁶. Se reco-

mienda, además con un grado de recomendación B**, cumplir los estándares de calidad y buenas prácticas establecidos por el Ministerio de Sanidad y Política Social^{78,197} y la propia IHAN⁷⁶.

Durante el **puerperio inmediato**, es importante ofrecer al RN la primera toma lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora de vida, para asegurar un buen inicio y mantenimiento de la LM, con un grado de recomendación A^{*197}.

Las primeras horas después del alumbramiento son para los RN un momento de “alerta tranquila” o periodo sensitivo, ocasionado por la descarga de nora-drenalina producida durante el parto. Este proceso facilita el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para el establecimiento del vínculo y la adaptación al ambiente. Por ello, es fundamental que el RN permanezca en íntimo contacto “**piel con piel**” con su madre, para que tenga la oportunidad de agarrarse al pecho y realizar de forma espontánea la primera toma^{197,204,207}.

La enfermera o matrona asegurará en estos primeros momentos un ambiente íntimo y agradable, libre de ruidos y una posición materna cómoda y correcta para la enseñanza de la técnica de amamantamiento, colocando el abdomen del bebé contra el de la madre procurando intervenir lo menos posible, ayudando con recomendaciones breves y sencillas para que la madre reconozca los signos de un correcto agarre de bebé.

En caso de **parto quirúrgico** y, siempre que sea posible, es recomendable realizar también el contacto precoz entre madre y RN, facilitando que el bebé permanezca con ella en el quirófano o en la unidad de reanimación correspondien-

** Grado de recomendación B: Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención. Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) Public Health Agency of Canada (PHAC).

te. Si no es posible, por la situación de la madre, se ofrecerá al padre o pareja la posibilidad de hacer el contacto piel con piel²⁰⁴. Asimismo, si el RN precisa el ingreso en **unidades especiales de cuidados neonatales**, se debe facilitar el acceso de las madres y padres a estas unidades para prestar el cuidado y acompañamiento necesario.

Existe numerosa evidencia de que este acompañamiento produce beneficios en la salud materno infantil¹⁹⁷, especialmente la disminución del grado de ansiedad de las madres y sus parejas^{197,208,209}, mejora en la satisfacción sobre su experiencia en la unidad de maternidad^{197,209,210}, mejora en la calidad del vínculo con su bebé^{209,211,212} y beneficios en la interacción con el lactante^{197,212}.

Durante el resto de la **estancia hospitalaria** las enfermeras y/o matronas, continuarán con la promoción de la lactancia, iniciada en las fases previas, informando a las madres y sus familias²⁰¹ acerca de los cuidados tras el alta hospitalaria y se resolverán las dudas que se planteen en torno a la lactancia.

Por otro lado, se deben evitar los suplementos de suero, glucosa o leche artificial, así como la utilización de chupetes, tetinas o biberones. La alimentación debe ser “a demanda” del bebé, no a unas horas o pautas fijas, ya que de esta forma se promueve la lactogénesis, se produce un aumento en la duración de la LM, se disminuye la pérdida inicial de peso del lactante y se incrementa la tasa de ganancia ponderal²⁰⁴.

Una vez obtenida **el alta hospitalaria**, se recomienda, con un grado de recomendación A*, que los bebés con LME sean atendidos en el centro de AP en las 48-72 horas después del alta, en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida²⁰⁴.

Los primeros días y semanas de la LM en el domicilio pueden ser desafiantes para muchas madres. Por ello, se debe favorecer una correcta **Continuidad de Cuidados (CC)** tras el alta hospitalaria. Los bebés pueden tener dificultades

para prenderse al pecho, y las madres pueden experimentar dolor o dudas sobre si están haciendo las cosas correctamente. En este momento, es esencial contar con apoyo constante y experto^{212, 214}.

Los profesionales de enfermería deben estar disponibles para brindar orientación y soluciones a los problemas que puedan surgir. Además de la atención profesional, la CC también involucra a la familia y la comunidad. Las parejas, los familiares y amistades pueden ser un sistema de apoyo invaluable para las madres lactantes. Pueden ayudar con las tareas domésticas, cuidar al bebé durante las pausas en la lactancia y ofrecer apoyo emocional a la madre. Cuanto más fuerte sea la red de apoyo de una madre, más probable es que tenga éxito en la LM.

La CC no solo es importante en las primeras semanas de lactancia, sino que también debe mantenerse a lo largo de toda la etapa de LM. A medida que el bebé crece y se desarrolla, las necesidades de lactancia de la madre y el bebé pueden cambiar. Es fundamental que las madres continúen recibiendo apoyo y orientación a medida que avanzan en su viaje en la lactancia²¹⁵.

Como se ha nombrado varias veces en este trabajo, la LME se recomienda durante los primeros seis meses de vida del bebé, seguida de la introducción de alimentación complementaria mientras se mantiene la LM hasta al menos los dos años de vida^{198,216}. Durante este tiempo, las madres pueden enfrentarse a desafíos adicionales, como la incorporación al trabajo. El apoyo continuado puede ayudar a las madres a tomar decisiones informadas sobre cómo abordar estos cambios^{216,217}.

Finalmente, como conclusiones, se puede afirmar que:

- Un **equipo de** enfermería capacitado puede ayudar a identificar y resolver posibles problemas de forma precoz y proporcionar información veraz y apoyo psicosocial a las madres y familiares en su experiencia de LM.

- La **CC es una herramienta fundamental** para el apoyo y promoción de la LM en el “continuum” madre e hijo y su entorno socio familiar. Las políticas y programas que respaldan la atención continuada desde el embarazo hasta el final del amamantamiento son fundamentales para crear un entorno positivo que fomente una LM duradera y exitosa²¹⁶.

2.1.6. Los grupos de apoyo a la lactancia materna

2.1.6.1. La pérdida de la “cultura del amamantamiento”

Tradicionalmente, los conocimientos y experiencias vividas sobre el embarazo, parto y puerperio, eran transmitidos en el domicilio de forma verbal de generación en generación, entre mujeres de la misma familia o entorno, por lo que no era necesario ningún otro tipo de apoyo externo. Se trataba de un comportamiento natural, espontáneo y socioculturalmente aceptado²¹⁸.

En torno al inicio del siglo XX se produce en la sociedad una sustitución masiva de la lactancia natural por fórmulas artificiales derivadas de la leche de vaca. Este acontecimiento ocasionó que varias generaciones de mujeres no amamantaran a sus hijos e hijas, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos oral intergeneracional, perdiéndose lo que se pasó a llamar la “cultura del amamantamiento”^{218, 219}.

Entre las causas que favorecieron dicha pérdida destacan:

- **Modificaciones de la leche de vaca:** A finales del siglo XIX se comienzan a crear modificaciones aceptables de la leche de vaca, apareciendo las primeras leches de fórmula. Hasta entonces poco se sabía de la composición de la leche y de sus diferencias con las de otros mamíferos, siendo altísima la mortalidad de los niños alimentados con leches distintas a la de mujer^{218, 219}. La alimentación arti-

ficial infantil entra así en el mercado pasando a convertirse en un negocio muy lucrativo²¹⁸.

- Cambios sociales y económicos a lo largo de los siglos XIX y XX: Por un lado, la incorporación de la mujer al trabajo asalariado que hace ver el amamantamiento y la maternidad como un problema, siendo la solución ideal el paso a la lactancia artificial^{218,219}. Y, por otro, un espíritu de “modernidad científicotécnica” con la creencia que todo lo artificial es mejor que lo natural, que hace que el pensamiento dominante acepte como óptima la “maternidad científica”^{218, 219}. A lo anterior se suma la relación compleja entre maternidad y feminismo a lo largo de este periodo. El pensamiento feminista inicial considera la alimentación con sucedáneos como una liberación de la mujer. La mujer moderna huye de los heredados modelos genéricos de madres marginadas, devaluadas y resignadas, incompatibles con las nuevas oportunidades de ser reconocidas como ciudadanas con independencia económica y capacidad de consumo²¹⁸⁻²²⁰. Y, como no, los enormes intereses económicos de la creciente industria de sucedáneos de la leche materna²¹⁹.
- Medicalización del parto y la crianza: Se intensifica la intervención activa de los profesionales sanitarios, anulando el protagonismo de la madre en el parto y la crianza^{218,219}.

En el año 1956, en pleno auge de la “cultura del biberón”, un grupo de mujeres funda en Chicago “**La Liga de la Leche (LLL)**” con el objetivo de ayudar a las mujeres a dar lactancia natural, que hoy sigue actuando cómo una organización internacional de gran prestigio, de apoyo y promoción de la LM²¹⁹.

2.1.6.2. El nacimiento de los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna

Es en este contexto, a mediados del siglo XX, cuando surgen los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM), como un movimiento social, formado

por grupos y colectivos de ayuda que ofrecen apoyo a las mujeres que desean amamantar²²⁰.

Estos grupos surgen espontáneamente de la ayuda madre a madre y son considerados, hoy en día, como iniciativas de participación comunitaria en salud de especial relevancia. Su protagonismo y presencia social ha crecido exponencialmente en la última década convirtiéndose en un apoyo educativo y emocional para la madre lactante y su entorno social, así como en un instrumento de reivindicación del derecho a poder amamantar y de evitación del aislamiento de las madres.

Los GALM constituyen en su estructura un grupo de ayuda mutua y, por tanto, comparten con éstos sus características básicas, sus señas de identidad y sus objetivos y funciones. Es decir, cuando hablamos de un GALM, hablamos de un grupo de mujeres, que de forma voluntaria, se juntan para apoyarse mutuamente y conseguir un propósito determinado, que en este caso, consiste en amantar exitosamente y disfrutar de esta vivencia²²⁰.

Están constituidos por un grupo de personas que compartiendo una misma situación, el inicio y mantenimiento de la LM, se juntan libremente y sin la supervisión de ningún profesional sanitario (aunque a veces pueden participar y/o colaborar), para satisfacer unas necesidades comunes, superar dudas y dificultades, compartir experiencias o bien conseguir cambios personales y sociales.

El motivo que lleva a cada madre a integrarse a un grupo de ayuda mutua puede ser muy diferente de una a otra, pero detrás de la mayoría de los casos está la falta de apoyo y respaldo ante su decisión de amamantar²²⁰.

Las participantes de un grupo tienen oportunidad, no solo de hablar de los motivos, los deseos y las expectativas que las han llevado a reunirse, sino

también de sus preocupaciones, angustias, dudas y dificultades. Las mujeres, embarazadas o madres lactantes, acuden a los grupos en busca de información, de ayuda para solucionar algún problema o dificultad surgida, de asesoramiento para prevenir posibles problemas, o de apoyo emocional. También aparecen madres a las que todo les va bien y quieren compartir su experiencia con otras madres, aunque es más frecuente que una madre no se plantee asistir a un grupo de apoyo hasta que se encuentra con una duda o dificultad entre manos²²¹.

El objetivo principal de los GALM es apoyar a toda mujer que desee amamantar. Algunos autores²²², añaden objetivos más específicos, como los siguientes:

- Aumentar el empoderamiento y la autoestima materna sobre su capacidad para amamantar.
- Ayudar a superar las dificultades, contribuyendo a la adquisición de conocimientos y difusión de técnicas adecuadas para el amamantamiento.
- Colaborar con los profesionales sanitarios en la promoción, difusión y apoyo a la LM.
- Concienciar a la sociedad de que amamantar es un derecho y que toda mujer debería tener la posibilidad de ejercerlo; si ese es su deseo.
- Favorecer y exigir el cumplimiento de la legislación vigente, en cuanto a los derechos de la mujer y del lactante, y sobre la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.
- Crear un clima social adecuado en el que se apoye con entusiasmo la LM.

Entendiendo las características y señas de identidad expuestas, es fácil diferenciar estos grupos de apoyo mutuo de otros grupos dirigidos a madres o talleres de lactancia de ayuda en el inicio y mantenimiento de la LM coordinados por profesionales sanitarios expertos, habitualmente formados y entrenados en lactancia. Aunque, en ocasiones, puedan realizar esta tarea de forma altruista, su trabajo suele formar parte de un programa o servicio desarrollado por el sistema sanitario.

Los talleres de LM desarrollados en los centros de AP desempeñan un importante papel en la instauración y mantenimiento de la LM, conjugando el protagonismo de las madres con el de los profesionales de la salud²²³. Estos grupos representan una interesante iniciativa de apoyo y promoción de la LM, pero no deben ser confundidos con los GALM, en los que son las propias madres las que coordinan y dirigen el grupo, desde las bases de la reciprocidad y la horizontalidad.

Como en cualquier grupo de ayuda mutua, en los GALM se hace especial hincapié en la interacción personal y en la asunción de responsabilidades por parte de los miembros del grupo, aunque normalmente en muchos ellos, existe una figura de coordinadora, monitora o asesora, representada por una o varias mujeres que comparten dicha responsabilidad, y que poseen suficiente experiencia en LM y los conocimientos necesarios (acreditados o no acreditados) para el apoyo a otras madres. Si bien es cierto, que existen diferencias en la organización y forma de funcionamiento de estos grupos, también es cierto que todos ellos (grupos aislados, grupos federados o pertenecientes a organismos internacionales), comparten una filosofía común: la cooperación y el apoyo mutuo entre madres para una feliz crianza y LM²²³.

2.1.6.3. Los GALM como espacios de acción social comunitaria

No cabe duda de que los GALM nos ofrecen interesantes consideraciones acerca de su capacidad de acción social. En ellos participan mujeres madres lactantes que a través de la reivindicación de la práctica del amamantamiento, construyen una sociedad más solidaria, más sana, más sostenible, más justa y más libre²²⁴.

Los GALM han protagonizado interesantes campañas de reivindicación y concienciación de derechos sociales para las mujeres y madres (mejoras laborales en las primeras etapas de crianza, mayor flexibilidad del mundo laboral que permita la conciliación de la vida laboral y familiar, mayor corresponsabilidad en el cuida-

do). Además, y como filosofía y seña de identidad propia, se fomentan relaciones basadas en el apoyo mutuo, la horizontalidad y la cooperación, con el objetivo de generar espacios públicos de participación y protagonismo para las madres, favoreciendo la capacitación y empoderamiento de las mujeres²²⁵.

Estos grupos dan visibilidad al acto del amamantamiento y las prácticas asociadas a la maternidad, reclamando un espacio propio para la LM como la forma natural y más saludable de alimentar y criar con apego a sus bebés. También, suponen un eslabón más en la cadena del tejido asociativo, fortaleciendo las redes sociales comunitarias²²⁵.

Además, la práctica del amamantamiento puede considerarse, hoy día, un acto que beneficia a la sociedad en su conjunto. Por un lado, la LM, y la crianza con apego asociada a ella, implica la protección del vínculo madre-hijo, en la que los RN experimentan una seguridad básica que influirá de modo crucial en su salud emocional. Promocionar la LM es, por tanto, una forma de promocionar una sociedad futura más sana emocionalmente, con mayor bienestar y con mayor capacidad de amar.

Por otra parte, aspectos asociados a la LM como son: la gratuidad, la no generación de residuos, la autogestión, o la condición de práctica relacional no mercantil la vinculan a modelos de crecimiento y sostenibilidad, ecológico-económicos¹²⁴⁻¹²⁶. La LM presenta importantes beneficios por la reducción de costes sociales que supone, aspecto muchas veces silenciado y poco estudiado^{220,225}.

Actualmente los GALM se constituyen como espacios donde la mujer satisface sus necesidades formativas, emocionales y de apoyo y acompañamiento, mejorando su bienestar personal y familiar.

Además, mediante la capacitación individual y colectiva, los grupos de madres contribuyen al desarrollo personal y comunitario, convirtiéndose en importan-

tes iniciativas de promoción de la salud de base comunitaria. Recuperar la “cultura del amamantamiento”, reivindicar el reconocimiento social de la LM como bien colectivo (generador de bienestar y sostenibilidad), darle visibilidad social y defender la práctica del amamantamiento (en cualquier lugar y mientras el bebé y la madre lo deseen), se han convertido en asuntos prioritarios para las mujeres que participan en estos grupos.

2.1.6.4. La evidencia científica de la eficacia del apoyo madre a madre

La OMS reconoce en varias ocasiones la función y eficacia de los GALM, hecho que queda patente en las Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural⁹³, donde se recomienda, en el paso diez: “Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica”, y donde se recogen evidencias científicas de los efectos positivos sobre la LM del apoyo de los grupos de madres.

Posteriormente, en la Estrategia Mundial de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño⁸⁷, se destaca la necesidad de velar por que las redes de apoyo de base comunitaria sean acogidas de forma favorable dentro del sistema de atención a la salud y, además, se reconoce el importante papel que los grupos de apoyo entre madres, junto a otras iniciativas de apoyo comunitario, pueden desempeñar en la aplicación de los propósitos y objetivos de esta estrategia.

La evidencia científica demuestra que las madres que reciben información y apoyo de otras madres, bien por promotoras de lactancia o por grupos de apoyo, han amamantado por más tiempo y de modo más exclusivo que las madres asesoradas sólo por profesionales²²⁶. Estos apoyos a menudo resultan ser más eficaces que los de los profesionales de salud porque cuentan con una mayor competencia, experiencia, y suelen adoptar una actitud menos paternalista, dedicando más tiempo a las madres.

Los primeros estudios que avalan la importancia de la ayuda madre a madre se realizaron en la década de los años setenta del pasado siglo comparando grupos de madres lactantes que se reunían con la LLL, con otro grupo de madres que no tenía este apoyo. Esta investigación²²⁷ pudo demostrar que las mujeres que se reunían tenían más confianza en ellas mismas, beneficiándose de recibir una información adecuada, así como apoyo individual y en grupo. Posteriormente, un estudio transversal²²⁸ realizado en EE.UU., encontró que las madres afiliadas a la LLL tenían más probabilidades que las no afiliadas de dar el pecho a demanda en el hospital (un 60% frente a un 29%) y de retrasar la introducción de la alimentación complementaria hasta los 4 o 6 meses (un 87% frente a un 31%). Otro estudio similar²²⁹ avala la eficacia del apoyo por parte de promotoras y consejeras de lactancia sobre la exclusividad y duración de la misma. La asistencia y el apoyo de promotoras de lactancia se asociaron significativamente con la LME y con un aumento de duración de la misma.

En el informe de la OMS y UNICEF “Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”⁹³ de 1998 se describen hasta nueve estudios, publicados a finales de los años 90, que evalúan el apoyo ofrecido por consejeras certificadas en LM o promotoras de salud de la comunidad, a veces en conjunción con profesionales de la salud, y otras veces como intervención aislada. Prácticamente todos los estudios encontraron un aumento de la LME o parcial, medida hasta los seis meses después del parto. Este informe, concluye afirmando que: “Es urgente estudiar con mayor detalle el potencial de los grupos de madres y promotoras comunitarias. Puede que sean más capaces que los servicios de salud de ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar las dificultades. Posiblemente, una combinación de apoyo día a día por la comunidad, respaldado por una atención especializada en los servicios de salud cuando sea necesario, podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado”.

En la última década se han llevado a cabo una serie de revisiones sistemáticas y metaanálisis²³⁰⁻²³² sobre apoyo al amamantamiento que refrendan todas estas

conclusiones y animan a la realización de más investigaciones al respecto para mejorar las tasas de LM.

Una revisión Cochrane²³⁰ de 2016 con 73 estudios analizados de 29 países y una población a estudio total de 74.656 de pares madre-lactante, confirmó que todas las formas de apoyo adicional analizadas en conjunto mostraron una disminución del cese de “cualquier LM”, que incluye la LM parcial y exclusiva, para interrumpir cualquier LM antes de los seis meses (CR= 0,91; IC del 95%: 0,88-0,95; evidencia de calidad moderada, 51 estudios) y para interrumpir la LM antes de las cuatro a seis semanas (CR=0,87; IC del 95%: 0,80-0,95; evidencia de calidad moderada, 33 estudios). Además, todas las formas de apoyo adicional juntas también mostraron una disminución en el abandono de la LME a los seis meses (CR=0,88; IC del 95%: 0,85-0,92; pruebas de calidad moderada, 46 estudios) y a las cuatro a seis semanas (CR=0,79; IC del 95%: 0,71-0,89; calidad moderada, 32 estudios).

Cuando se ofrece apoyo a las mujeres que están amamantando, aumenta la duración y la exclusividad de la lactancia. Las características de un apoyo eficaz incluyen: que sea ofrecido de forma estándar por personal formado durante la atención prenatal o postnatal, que incluya visitas programadas continuas para que las mujeres puedan predecir cuándo estará disponible el apoyo, y que esté adaptado al entorno y a las necesidades del grupo de población. Es probable que el apoyo sea más eficaz en entornos con altas tasas de iniciación. El apoyo puede ser ofrecido por profesionales o por personas no profesionales, o por una combinación de ambos. Las estrategias que se basan principalmente en el apoyo presencial tienen más probabilidades de éxito entre las mujeres que practican la LME²³⁰.

Una actualización posterior²³¹ de esta revisión, con 116 ensayos publicados entre 1984 y 2021, 103 de los cuales aportaron datos a los análisis, determinó que un apoyo moderado de forma exclusiva a la LM se asoció con un beneficio sobre la LME a las 4-6 semanas y a los seis meses. Este apoyo resultó ser más

eficaz para reducir el número de mujeres de países de ingresos bajos que abandonan la LME a los seis meses en comparación con las mujeres de los países de ingresos altos. Sin embargo, no se hallaron diferencias en función de la persona que proporcionó el apoyo o el modo de prestación. Por lo tanto, el apoyo puede ser ofrecido por profesionales o por personas no profesionales, o por una combinación de ambos. El apoyo también puede ofrecerse cara a cara, por teléfono o mediante tecnologías digitales, o una combinación de ambos²³¹.

Ambas investigaciones, avalan la eficacia de la ayuda mutua entre mujeres en el inicio y mantenimiento de la LM. Pero lo cierto es que existen pocos estudios que profundicen en la realidad de los GALM en nuestro entorno sociocultural, desde abordajes cualitativos y que nos permitan conocer el papel socioeducativo, de promoción de la salud y de apoyo psicosocial que desempeñan. En nuestra búsqueda de la mejor evidencia disponible, tan solo hemos encontrado una revisión sistemática de estudios cualitativos realizada en el año 2022, que aborda las opiniones y experiencias de mujeres, profesionales sanitarios y no profesionales sobre el apoyo prestado a la LM. Cabe señalar que ninguno de los trabajos incluidos se llevó a cabo en España ni en Europa, lo que justifica la pertinencia de realizar investigaciones en este campo²³².

Esta investigación estimó que el apoyo entre iguales aumentó la autoestima y la confianza de las mujeres en su experiencia de amamantamiento y redujo el aislamiento social. Las profesionales y no profesionales valoraron positivamente la experiencia, que les proporcionó un sentido de bienestar, confianza y propósito. Por otro lado, las mujeres agradecieron el apoyo emocional, la preocupación por ellas y la dedicación de tiempo en este proceso vital²³².

Por lo tanto y debido a la escasa evidencia científica en este sentido, hay que continuar investigando. En este sentido, en el tercer objetivo de esta tesis se intentará abordar las distintas formas de apoyo a la LM, entre las que se incluyen los GALM, desde un enfoque cualitativo.

2.1.6.5. Situación de los GALM en Asturias

“**Amamantar Asturias**” (<https://amamantarasturias.org>) es la principal asociación de madres de apoyo a la LM que existe desde hace 21 años en Asturias. Atiende una media de 400/500 madres cada año, de forma presencial o vía telefónica/online. Su finalidad es acompañar a las mujeres en esa fase de su vida sexual y reproductiva y apoyarlas, en lo posible, a alcanzar sus objetivos en este aspecto de sus vidas que es el amamantamiento. Lo hacen de forma altruista y gratuita. En su página web están colgadas sus principales fundadoras, algunas de ellas profesionales sanitarias, como la responsable de la atención directa y de la formación impartida interna y externamente, Helena Herrero, enfermera acreditada como Consultora Certificada Internacional en Lactancia Materna (IBCLC) desde 2004 y con uno de los currículos en LM más extensos, reconocido por el SESP y otros organismos internacionales. Además de ofrecer atención individualizada a las madres lactantes, también organizan reuniones informativas mensuales, charlas, cursos y jornadas, préstamo de material bibliográfico y de ayuda a la lactancia y colaboran con el sistema sanitario público de la región y otros profesionales del ámbito privado que las madres no pueden costearse (fisioterapeutas, cirujanos pediátricos, abogados)²³³.

Además de Amamantar, coexisten otras dos asociaciones, con menos actividad pero no por ello menos importantes: el “**Grupo de apoyo a la lactancia y al posparto APROMAP**” de la Asociación Profesional de Matronas del Principado de Asturias (<https://apromap.com>)²³⁴ y el grupo de apoyo “**Lactamor**” de carácter local.

Estas asociaciones forman parte de la **Federación Española de Asociaciones Prolactancia Materna “FEDALMA”** (<https://www.fedalma.org>), que engloba a las asociaciones y grupos de apoyo existentes en todo el ámbito estatal, donde se aúnan los esfuerzos e iniciativas para promocionar, proteger y apoyar la LM en el día a día. Sus principales actividades son la celebración del Congre-

so anual, actividades englobadas en la Semana Mundial de Lactancia Materna (SMLM) y la formación a distancia para voluntarias, socias, mamás, papás, IBCLCs, personal sanitario y todas las personas afines a la LM. Cuenta con heroteca, asesoría jurídica y numerosas colaboraciones y convenios de forma gratuita²³⁵.

2.2. LA WEB SOCIAL O WEB 2.0

2.2.1. Tecnologías de la información y comunicación aplicadas a la salud

La llegada de **Internet** y las **TIC** a nuestras vidas ha transformando nuestra sociedad hacia un modelo basado en el intercambio de la información y en la producción de conocimiento. La información en Internet permite a los usuarios estar más y mejor informados, siempre que accedan a fuentes de información de calidad contrastada y tengan el apoyo del profesional de la salud y los organismos externos encargados de la idoneidad y fiabilidad de la información²³⁶.

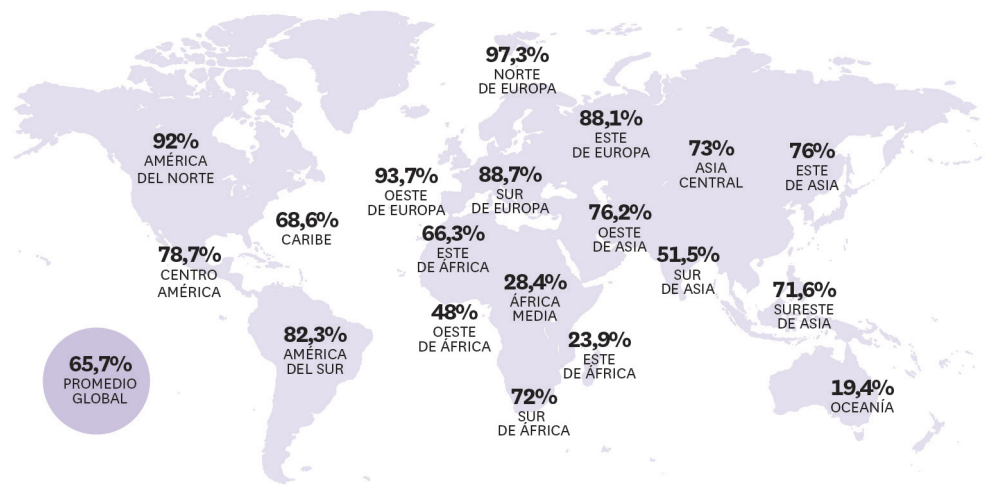
En este sentido, el HINTS (Health Information National Trends Survey), estudió la forma en que los norteamericanos buscaban y utilizaban información sanitaria en la última década²³⁷, informando de que Internet fue la fuente de información preferida y usada, en primer lugar, en la búsqueda de información sanitaria pero la fuente de información sanitaria con mayor credibilidad resultó ser el profesional sanitario. Otros estudios^{238, 239} coinciden con estos resultados confirmando que el acceso a la información online no reduce la confianza en los profesionales sanitarios sino que, al contrario, éstos son necesarios para interpretar dicha información (intermediación en la información).

Cada vez nos informamos más a través de esta herramienta, la utilizamos para administrar múltiples tareas cotidianas, relacionarnos con otras personas y, en nuestro ámbito sanitario, buscar información de salud y permitir la interconexión entre usuarios/as y/o profesionales.

La tasa de penetración de Internet sigue avanzando en todo el mundo y, aunque no debemos olvidar las brechas por desconocimiento, mal uso o por su falta de

acceso universal, se trata de una evolución que camina a gran velocidad siendo la tecnología que más se ha extendido a lo largo de toda la historia²⁴⁰ (Figura 7).

Figura 7: Penetración de Internet a nivel mundial, Octubre de 2023



Fuente: We Are Social, Spain, 2023²⁴⁰.

2.2.2. El nuevo escenario de la “Sociedad del conocimiento”

La denominada “Sociedad de la información” surge como un nuevo escenario social en el que las TIC han tomado un papel protagonista en todos los aspectos de nuestra vida, formando parte de las actividades sociales, culturales y económicas²⁴¹.

Como consecuencia natural de este modelo surge, en el año 2017, el término “Sociedad del conocimiento”, introducido por primera vez por el sociólogo

Drucke²⁴², que define que los ciudadanos no sólo abastecen circularmente la información, sino que la aprovechan, la seleccionan y la interpretan, añadiendo su propio valor a los datos, para después ser puesta de nuevo en circulación.

Otra definición es la que acuña el sociólogo Castells en su libro “La era de la información, I. La Sociedad Red”²⁴³, en la que caracteriza esta revolución tecnológica como la aplicación de la información y el conocimiento en la generación de conocimiento y procesamiento de la información y comunicación en un círculo que se retroalimenta. Es decir, que usamos el conocimiento que obtenemos en la red para aplicarlo y adaptarlo a nuestras necesidades, creando nuevo conocimiento que vuelve a ser puesto en circulación y repitiéndose el ciclo de forma continua.

Y es precisamente Internet el sustento material y tecnológico de esta nueva sociedad, la infraestructura y el medio que permite el desarrollo de nuevas formas de relación social, que o nacen en Internet o lo hacen en otros contextos, pero tienen en la red una continuidad y un refuerzo²⁴³.

Si la llamada “Sociedad de la información” estaba más centrada en los avances tecnológicos, la “Sociedad del conocimiento” va un paso más allá y conlleva implicaciones sociales, políticas y éticas. Las TIC constituyen las herramientas que permiten avanzar en el conocimiento²⁴⁴.

Esta “Sociedad del conocimiento” precisa de un nuevo tipo de trabajadores, los “Trabajadores del conocimiento”, donde los profesionales de salud encajamos perfectamente, porque no solo hacemos valoraciones, diagnósticos y ofrecemos tratamientos y/o cuidados de salud a la población, además utilizamos el pensamiento crítico y generamos nuevo conocimiento a través de nuestra labor investigadora, para después trasladarlo a nuestra labor asistencial. Por lo tanto, podremos beneficiarnos en gran medida del uso de Internet y de las nuevas herramientas de comunicación, para impulsar nuestro desarrollo profesional,

en términos de formación e investigación, mejorar nuestra imagen social y optimizar la atención que ofrecemos a nuestros pacientes de forma integral²⁴⁴.

2.2.3. La evolución de Internet: de la Web 1.0 a la Web 2.0

Conocer cómo y cuando surge y cuál ha sido la evolución de Internet hasta este momento, nos ayudará a entrar en contexto, de forma que será mucho más fácil comprender cuál es el papel que desempeñan las tecnologías en el ámbito de la salud y en nuestro desarrollo como profesionales.

2.2.3.1. El nacimiento de Internet

Se puede definir Internet como una red interconectada de redes de ordenadores, de alcance internacional e intercontinental, que une servidores de todo el mundo y que se comunica a través de diversos canales, como las líneas telefónicas, el cable coaxial, los microondas, la fibra óptica y los satélites²⁴⁵.

Internet comienza en el año 1969 de forma oficial, cuando el Departamento de Defensa del Gobierno de EE.UU pone en marcha el proyecto ARPAnet, para crear un medio de comunicación entre los distintos organismos del país, conectando ordenadores separados entre sí, con el objetivo de conseguir comunicaciones militares más seguras en caso de guerra. Poco después el proyecto fue desmilitarizado, apareciendo en el año 1991 el World Wide Web (WWW), como una red de “sitios” que pueden ser buscados y mostrados con un protocolo llamado HyperText Transfer Protocol (HTTP)²⁴⁶.

El concepto de WWW fue diseñado por Tim Berners-Lee y algunos científicos del CERN (Conseil Européen pour la Recherche Nucléaire) en Ginebra. Estos científicos estaban muy interesados en poder buscar y mostrar fácilmente documentación a través de Internet. Los científicos del CERN diseñaron un navegador/editor y le pusieron el nombre de World Wide Web. Este programa

era gratuito. No es muy conocido actualmente pero muchas comunidades científicas lo comenzaron a usar en su momento. En 1991 esta tecnología fue presentada al público a pesar de que el crecimiento en su utilización no fue muy espectacular, a finales de 1992 solamente había 50 sitios web en el mundo, y en 1993 había 150²⁴⁶.

En 1993 Mark Andreessen, del National Center for SuperComputing Applications (NCSA) de Illinois publicó el Mosaic X®, un navegador fácil de instalar y de usar. Supuso una mejora notable en la forma en qué se mostraban los gráficos. Era muy parecido a un navegador de hoy en día. A partir de la publicación de la tecnología WWW y de los navegadores se comenzó a abrir Internet a un público más amplio: actividades comerciales, páginas personales, etc. Esto permitió su rápido crecimiento, que se aceleró con la aparición de nuevos ordenadores más baratos y potentes²⁴⁶.

En ese momento se empieza a hablar del Internet propiamente dicho, como una nueva tecnología basada en una serie de ordenadores conectados entre sí formando redes de comunicación y que en poco tiempo acabaría convirtiéndose en el medio de comunicación, organización e interacción social que hoy conocemos.

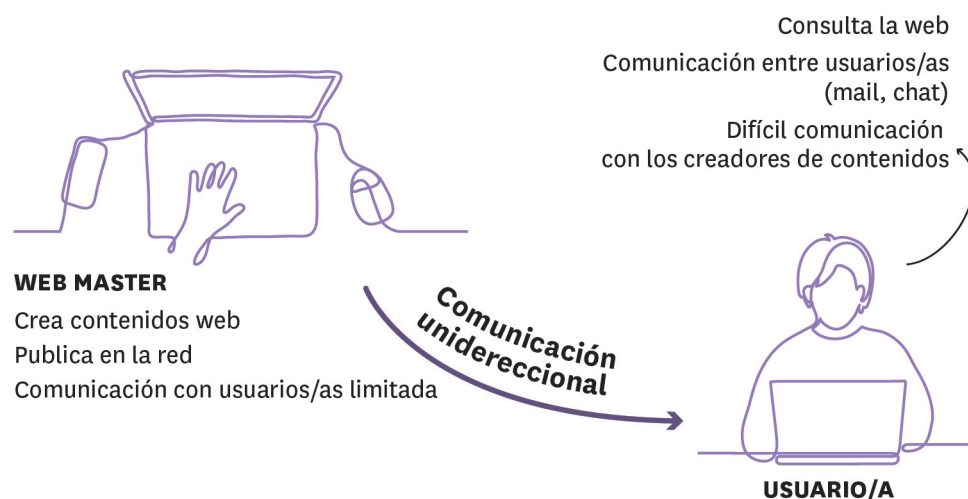
2.2.3.2. La Web 1.0

Poco a poco la popularmente llamada Red o Web se va consolidando y así, en el año 1994, se abre la posibilidad de contratar un acceso a Internet, aunque debido a la complejidad técnica del acceso y el alto coste del servicio solo estuvo al alcance de algunas empresas e instituciones. Más adelante, en 1995, gracias a la reducción de los costes y la simplificación de la tecnología, Internet se convertiría en una opción factible para cualquier persona²⁴⁷.

Podríamos hablar de esta etapa inicial de Internet como la de la Web 1.0, con las siguientes características definitorias²⁴⁷ (Figura 8):

- Las páginas web eran documentos estáticos que se subían a un servidor (ordenador conectado a la red) y que podían ser consultadas a la vez por muchas personas.
- Las personas que generaban y subían los documentos a la red (los llamados webmaster) poseían amplios conocimientos técnicos y conocían el lenguaje de programación web.
- La Web estaba centrada en los contenidos y no en las personas. Las páginas web se basaban principalmente en texto e imágenes estáticas. No existía una integración de videos, música u otros medios interactivos. La mayoría del contenido multimedia se descargaba a través de enlaces separados o se transmitía de manera limitada.
- Los canales de información y comunicación estaban disociados, de forma que la comunicación e interacción entre contenidos y usuarios no era posible. La comunicación se desarrollaba en otros entornos, como el correo electrónico o los canales de chat.

Figura 8: Características de la Web 1.0



Fuente: Tecnolopedia.com²⁴⁷.

2.2.3.3. La Web 2.0

Internet siguió evolucionando año tras año y poco a poco aparecieron nuevos servicios y herramientas menos centradas en los contenidos y más en la forma en que los usuarios se relacionan y comunican con ellos y/o con otras personas. Empezaba a configurarse lo que hoy conocemos como la Web 2.0 o Web social.

En el año 1997 surge Six Degrees®, considerada como la primera red social moderna, en la cual un usuario podía crear un perfil y entablar una amistad con otras personas. La aparición de estos nuevos servicios en red supuso un cambio radical de enfoque en las páginas web, orientándose más hacia aspectos como la usabilidad y la distribución de la información, frente a otros como el diseño, lo que hizo caer muchas resistencias y facilitó el hecho de que muchos usuarios se lanzasen en ese momento a producir y difundir la información. Fruto de ese cambio surge la publicación Scripting News®, el primer blog de la historia, sentando las bases de lo que sería después todo un fenómeno social²⁴⁷.

El año 2001 supuso un punto de inflexión en la historia de Internet. El estallido de la burbuja tecnológica por la excesiva sobrevaloración que tuvieron las llamadas “.com” hundió el mercado, pero hizo aflorar a la vez la esencia de la Web y permitió conocer cuáles eran las tendencias que iban a establecerse en el futuro próximo. Los años siguientes fueron decisivos para la consolidación de estas nuevas tendencias y en 2002 surge Friendster®, primera red social generalista y también la primera en superar el millón de usuarios. Un año después irrumpe en este escenario MySpace®, la primera red social con carácter global, siendo una de más conocidas y utilizadas (en 2006 superó a Google® como el sitio más visitado en USA)²⁴⁷.

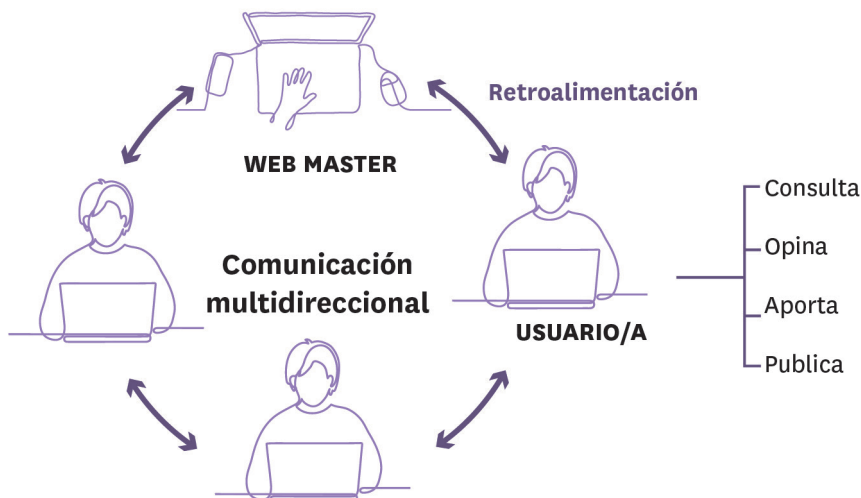
El concepto Web 2.0 (después también conocida como Web social) nació en una sesión de tormenta de ideas desarrollada entre O'Reilly y MediaLive International. En ella observaron que lejos de haberse hundido, la Web estaba más desarrollada que nunca, y tenía cada día nuevas aplicaciones y sitios web. Este

término hace alusión por tanto a una realidad que ya se había establecido y que supone algo que va mucho más allá de una actualización técnica, convirtiéndose en una nueva forma de usar la Web y en un cambio de tipo cultural más profundo. Este cambio de enfoque, junto al nacimiento de numerosas herramientas de bajo coste, derivó en la eclosión de nuevos formatos de publicación en Internet y el boom de las redes sociales, con Facebook® a la cabeza, seguida por otras de gran relevancia, como Twitter® (ahora X®), YouTube®, Instagram y todo un universo de redes configuradas alrededor de distintos propósitos²⁴⁷.

Por lo tanto, las características más destacables de esta Web 2.0²⁴⁷ son (Figura 9, ver página siguiente):

- Las páginas web dejan de ser documentos estáticos y se convierten en lugares en torno a los cuales los usuarios interaccionan, generan debate, consulta y/o opinión. Los visitantes pueden no solo consumir contenido, sino también contribuir, comentar, compartir y crear contenido en línea.
- El contenido es generado por los usuarios, que pueden subir sus fotos, videos, publicaciones de blog y otros tipos de contenido.
- El abaratamiento de los costes y la simplificación de la tecnología convierte a cualquier persona en productor de información. Ya no son necesarios conocimientos técnicos avanzados para hacerlo.
- Los canales de información y comunicación convergen, de forma que la comunicación e interacción entre contenidos y usuarios es ahora posible.
- La Web 2.0 ha fomentado la colaboración en línea. Las herramientas 2.0 como Slack®, Google Docs®, Microsoft Teams®, Google Drive® o GoToMeeting®, que permiten la edición simultánea de documentos, y aplicaciones de trabajo en equipo han facilitado el trabajo conjunto en tiempo real, sin importar la ubicación física de los colaboradores.
- La Web ahora se centra en las personas. Los usuarios pueden dejar comentarios y opiniones en muchos sitios web, lo que facilita la comunicación bidireccional entre los propietarios del sitio y los visitantes.

Figura 9: Características de la Web 2.0



Fuente: Tecnolopedia.com²⁴⁷.

La evolución de la Web hacia el 2.0 no solo ha supuesto la aparición de blogs y redes sociales, sino también una capa social que ha impregnado todo el ecosistema de Internet: páginas web, foros de debate, comunidades virtuales e incluso las más recientes aplicaciones móviles. Por ello, a este tipo de web también se le denomina Web social. De este modo todo se convierte en social y la mayor parte de páginas web han incorporado elementos que permiten la interacción de los usuarios y la difusión de contenidos²⁴⁷.

En el momento actual podemos decir que ya hemos cerrado esa primera etapa del “Internet de los contenidos” y vivimos en la época del “Internet de las personas”, en la que cualquier persona tiene a su alcance herramientas y tecnologías de bajo coste con las que puede gestionar la información que recibe, generar nuevos contenidos y difundirlos a través de redes sociales. Y este cambio en el uso de Internet ha tenido también su repercusión en el ámbito de la salud, porque supone la traslación de la comunicación y la asistencia más allá de los ámbitos clásicos de actuación, hacia nuevos

escenarios y entornos digitales, permitiendo la comunicación entre los distintos actores que participan a unos niveles nunca vistos hasta la fecha.

2.2.4. Uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación en España

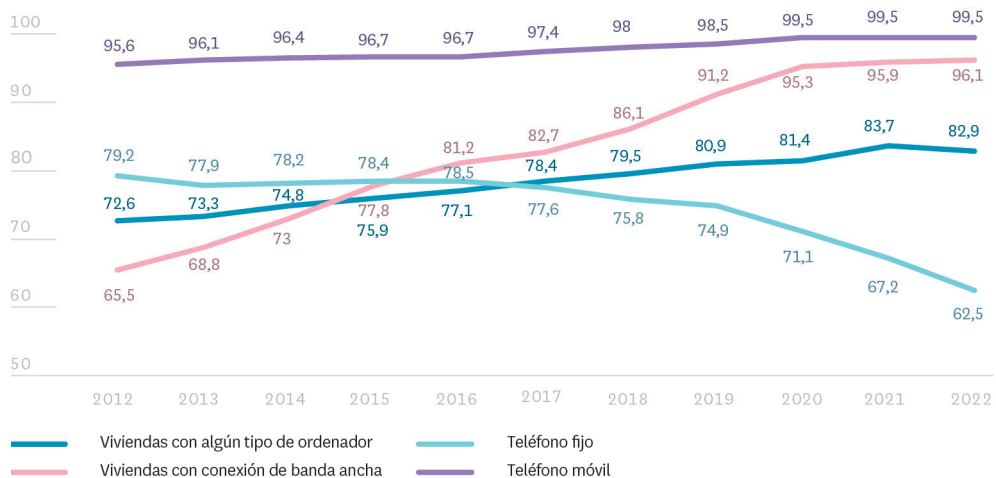
La **Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares del año 2022, TIC_H 2022²⁴⁹**, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), muestra que el 82,9% de los hogares con al menos un miembro de 16 a 74 años dispone de ordenador (de sobremesa, portátil, Tablet...) y que el teléfono móvil está presente en casi la totalidad de los hogares (99,5%, al igual que en 2021) (Figura 10). El 96,1% del total disponen de acceso a Internet por banda ancha fija y/o móvil. En 2021 el porcentaje fue del 95,9%.

El 99,2% de las **personas de 16 a 74 años** ha utilizado el teléfono móvil en los tres últimos meses. Es el mismo porcentaje que en 2021. Por su parte, el 94,5% ha usado Internet en los tres últimos meses (0,6 puntos más que en 2021), lo que supone un total de 33,5 millones de personas (400.000 usuarios más). Por frecuencia de uso, el 92,9% se conecta al menos una vez a la semana (1,1 puntos más que en 2021), el 87,1% diariamente (1,3 puntos más) y el 84,2% varias veces al día (1,5 puntos más) (Figura 11).

El 93,8% de las personas de 16 a 74 años ha realizado alguna **actividad relacionada con la comunicación** en los tres últimos meses, el 85,9% con el entretenimiento y el 85,8% con la información (Figura 12).

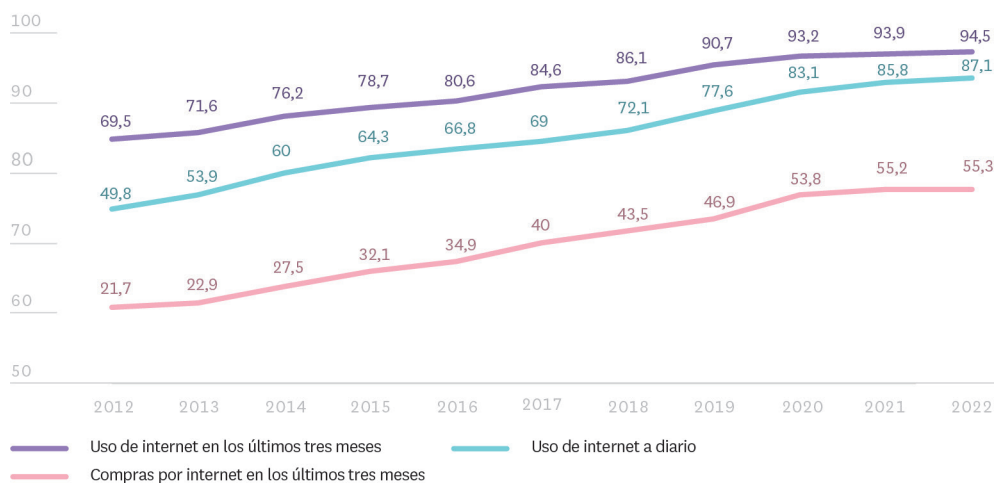
En lo que se refiere a las **actividades más realizadas** en los tres últimos meses estaban relacionadas con la comunicación, como *Usar servicios de mensajería instantánea* (realizadas por el 91,8% de la población de 16 a 74 años), *Recibir o enviar correos electrónicos* (80,5%) y *Leer noticias, periódicos o revistas de actualidad online* (77,0%) (Figura 13).

Figura 10: Evolución del equipamiento TIC en los hogares. Porcentaje de hogares con algún miembro de 16 a 74 años



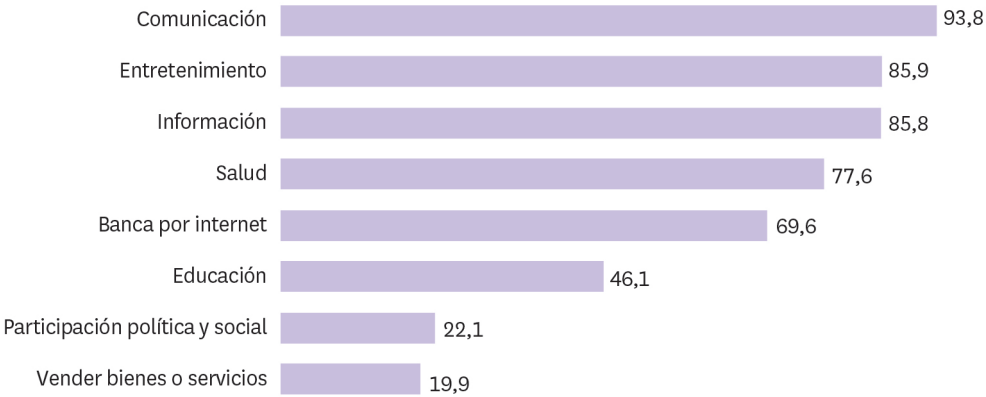
Fuente: Instituto Nacional de estadística (INE) 2022²⁴⁹.

Figura 11: Evolución del uso de TIC en personas de 16 a 74 años de 2012 a 2022, total nacional (% de personas)



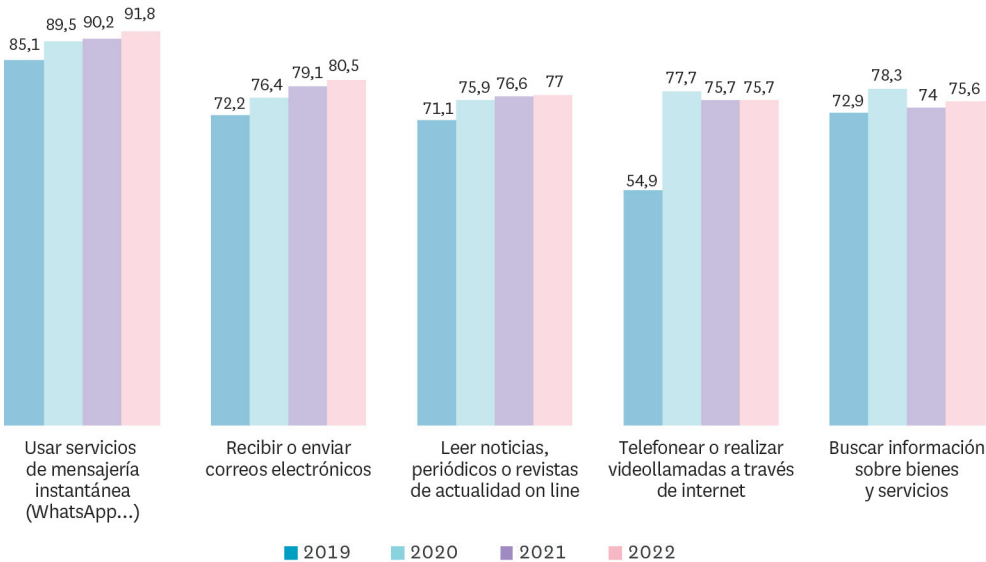
Fuente: Instituto Nacional de estadística (INE) 2022²⁴⁹.

Figura 12: Actividades realizadas por Internet en los tres últimos meses. Año 2022.
Porcentajes de población de 16 a 74 años



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2022²⁴⁹.

Figura 13: Evolución de las actividades realizadas por Internet en los tres últimos meses. Años 2019-2022. Porcentajes de población de 16 a 74 años



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2022²⁴⁹.

Respecto a la **salud**, cabe destacar el incremento en el uso de actividades como *Concertar una cita con un médico a través de una página web o de una app*: con el 54,8% de usuarios. Por su parte, respecto a 2020 se producen aumentos en el *Acceso a archivos personales de salud* (22,5 puntos más) y a *Otros servicios de salud* (14,4 puntos más).

La **participación en redes sociales**, es del 63,2% en la población de 16 a 74 años ha participado durante los tres últimos meses en las de carácter general (como Instagram®, Facebook®, Twitter® (ahora X®), YouTube®...).

2.2.5. La utilización de las TIC en el ámbito de la salud

Las TIC son herramientas a través de las cuales podemos recoger, sistematizar y difundir información para fomentar el desarrollo de conocimientos y habilidades en los usuarios de los servicios de salud. Pueden ser de gran utilidad para conformar redes de apoyo y proporcionar un sistema de soporte social con más seguimiento, que integre conexiones a través de los medios de comunicación y el soporte online, facilitando las interacciones permanentes entre los usuarios, sus familiares y el sistema sanitario²⁵⁰.

Internet se ha convertido en la principal fuente de información sobre temas relacionados con la salud. Podemos encontrar información a través de diversas fuentes como son, por ejemplo, las webs de instituciones y asociaciones, blogs de salud, revistas científicas, etc.

Además, Internet se ha convertido en un nuevo mecanismo de intervención para la promoción de la salud, favorecer el autocuidado e incluso para prestar atención sanitaria. Aparte de la información adicional que proporciona, Internet puede contribuir a aumentar el nivel de autonomía de los pacientes con enfermedades crónicas²⁵⁰.

Nace el concepto de e-Salud. Para la OMS, el **e-Salud** (e-Health) implica un amplio grupo actividades que utilizan los medios electrónicos para ofrecer información, recursos y servicios relacionados con la salud²⁵¹.

La e-Salud se utiliza para recibir y compartir información, gestión de la salud, pedir citas previas, consultas médicas mediante el correo electrónico, entre otros. Alrededor del término e-Salud se han ido generando una serie de **conceptos** relacionados o que se refieren a aplicaciones concretas de las tecnologías en determinados servicios sanitarios que se explican a continuación:

- **Salud 2.0:** Es la aplicación de la Web 2.0 o social en el ámbito de la salud, que abre el camino a la participación y nuevas formas de comunicación entre pacientes y profesionales de la salud.
- **m-Salud:** Hace referencia al uso de dispositivos móviles y tecnologías sin cables por al cuidado de la salud. Incluye avances rápidos en tecnología móvil y aplicaciones, el aumento en nuevas oportunidades para la integración de la salud móvil en servicios e-Salud existentes, y la continuidad crecimiento de la cobertura de redes móviles²⁵¹.
- **Telesalud, telemedicina y teleenfermería:** Son conceptos que se refieren a la aplicación de servicios de medicina y cuidados de enfermería a distancia, a través de programas en los que se emplean tecnologías de la información y la comunicación. Estos servicios van desde la consulta telefónica para diagnóstico o consejo sanitario, archivo y acceso a exámenes radiológicos y pruebas diagnósticas. Incluye otros servicios como el telediagnóstico, teleconsulta, telemonitoraje, teleeducación y videoconferencia²⁵².
- **e-Paciente:** Se define como aquel paciente proactivo con un buen conocimiento de las tecnologías, involucrado en el mantenimiento de su salud e interesado en la contribución no sólo al tratamiento y la investigación sobre

las condiciones de salud específicas, sino que también para mejorar el sistema de salud. Los e-Pacientes son personas que adoptan un papel activo en cuanto a la gestión de su salud. Utilizan Internet y las TIC para mejorar su salud o la de otras personas, para buscar información relacionada con la salud, webs específicas sobre temas concretos de salud o enfermedades, redes sociales para compartir información, responder dudas o ayuda mutua²⁵³.

2.2.6. Las comunidades virtuales en salud

Las comunidades virtuales facilitan el apoyo emocional, el intercambio de información, experiencias y consejos de autoayuda e incluso la asistencia sanitaria²⁵⁴.

Con la revolución de la Web 2.0, las webs han introducido funciones de redes sociales como son el caso de YouTube®, Google®, LinkedIn®, Facebook® e Instagram®, entre otras. Cada vez más, el paciente quiere tener más control e información con respecto a su salud, y aparecen las comunidades virtuales. Tanto las webs como las redes sociales y recientemente las aplicaciones móviles se están acercando cada vez más a los pacientes y profesionales de la salud, son espacios de intercambio de información de salud y sirven como punto de encuentro.

Se pueden diferenciar dos tipos de comunidades virtuales en las que se pueden encontrar espacios que tratan temas relacionados con la salud: las redes sociales generales (Facebook®, Twitter® (ahora X®), Google®, LinkedIn®, Instagram®) y las comunidades de salud más específicas.

Las redes sociales generales son espacios de aprendizaje informales donde se trata información diversa pero también existe la posibilidad de crear páginas de seguidores sobre un tema específico; aquí el profesional comparte información y recursos además de resolver dudas.

Para conseguir la participación y el feedback en este tipo de redes es necesario invertir mucho tiempo y participación de una persona o grupo de personas que animen el diálogo a través preguntas abiertas, encuestas u otro tipo de interacción con el visitante. Si no es así, se convierten en una presencia con poco sentido, puesto que una comunidad virtual debe crearse para escuchar y establecer nuevas vías de comunicación²⁵⁴.

En resumen, la utilización de las nuevas tecnologías para acceder a la información relacionada con la salud es una necesidad tanto para pacientes como para los agentes de la salud. Internet y las TIC se han convertido en un instrumento de transmisión de conocimiento en materia de salud²⁵⁴.

No obstante, debemos tener en cuenta que existen una serie de barreras que dificultan el adecuado desarrollo de las TIC en el ámbito sanitario, entre las que destacan²⁵⁴:

- *El acceso a Internet.* Existe desigualdad en el acceso a Internet entre países, territorios, niveles socioeconómicos y edad (brecha digital).
- *Conocimientos y actitudes de las personas sobre la habilidad con el ordenador e Internet.* Se requiere el aprendizaje de nuevas habilidades que están condicionadas por factores sociales, culturales y psicológicos.
- *El volumen de información y la calidad de los recursos en Internet.* Existe una gran cantidad de información que hace difícil poder filtrar y seleccionar la información adecuada.

2.2.7. La Web 2.0 y los profesionales de la salud

La integración de las herramientas 2.0 en su actividad diaria supone un nuevo reto para los profesionales sanitarios, particularmente para las enfermeras y los enfermeros. Exige, entre otras cosas, la **adquisición de competencias digitales**

en el campo de la salud, tanto para los profesionales sanitarios como para la población atendida²⁵⁵.

Desde el punto de vista de los profesionales se hace necesaria la incorporación progresiva de las competencias digitales en la práctica clínica enfermera, bien desde el convencimiento de las ventajas que puede aportarnos en nuestro día a día, bien por la presión ejercida por una ciudadanía cada vez más demandante del uso de las TIC en sus procesos de salud²⁵⁵.

Muchos son los ejemplos de los beneficios obtenidos con la adquisición de competencias digitales: el uso de una aplicación móvil que nos facilita información basada en evidencias, diseño de un vídeo para utilizarlo en promoción de salud, recomendación de un recurso web con información fiable sobre salud a un paciente, o contacto interprofesional a través de una red social²⁵⁶⁻²⁶⁰.

No se pueden ignorar las ventajas que la Web 2.0 supone en la relación de los profesionales con la sociedad y su incorporación en la consulta diaria podría contribuir a facilitar una atención integral a la ciudadanía y al desarrollo profesional²⁵⁷.

Por ello, la propia OMS anima a los organismos e instituciones sanitarias a elaborar planes estratégicos y a establecer redes y centros nacionales de excelencia del cuidado que trabajen sobre el campo de la e-Salud²⁶¹.

En nuestro país, el MSPSI aprueba, en Diciembre de 2021, la “**Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud**” (ESD-SNS)²⁶², con el objetivo de contribuir al mantenimiento de un buen nivel de salud en la población española y a fortalecer el sistema sanitario público mediante la capacidad de transformación de las tecnologías digitales dirigidas a personas, profesionales de la salud, organizaciones proveedoras de servicios sanitarios y resto de agentes relacionados.

La estrategia constituye el marco de referencia para el desarrollo de las diferentes iniciativas y actuaciones de transformación digital sobre la salud, desarrolladas por las diferentes administraciones competentes en materia sanitaria y los organismos públicos vinculados con el ámbito de la innovación y la investigación en salud.

Se desarrollará en el periodo temporal de 2021 a 2026 y contará con la coordinación y posible participación en otros programas de la Unión Europea como **“Digital Europe”**²⁶³, **“Horizonte Europa”**²⁶⁴ y **“Europe4Health”**²⁶⁵. Cabe destacar, además, que dentro de las iniciativas del plan **“España Digital 2025”**²⁶⁶ en la línea de “Capacitación digital”, se prevé desarrollar un proyecto general de formación y capacitación digital especializada para los y las profesionales del sector sanitario, con el que deberán coordinarse las acciones formativas de los proyectos de esta Estrategia de Salud Digital.

En resumen, la integración y uso de la Web 2.0 en la salud y los cuidados de enfermería es un reto inmediato que debemos afrontar. Desde las organizaciones sanitarias se deben dar respuestas a las necesidades de la ciudadanía y de los profesionales sanitarios, que cada día demandan más participación e información en e-Salud.

Por otro lado, la incorporación de este tipo de herramientas 2.0 a las estrategias de salud de las instituciones sanitarias también podrían ayudar a aumentar la visibilidad enfermera y de los cuidados en la sociedad, reforzar nuestra posición en las instituciones sanitarias²⁶⁷ y mejorar nuestra imagen pública ante la sociedad²⁶⁸.

2.2.8. Lactancia Materna 2.0

En España, el 91,3% de la población utiliza a diario Internet. Entre los principales motivos específicos para su uso tenemos la búsqueda de información sobre temas de salud (67%), según los últimos datos publicados por el Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI)²⁶⁹.

Al igual que la población general, las madres que se plantean lactar o están amamantando, en algún momento, consultarán Internet para buscar información o resolver dudas relacionadas con la lactancia o participar en una comunidad de apoyo en línea.

Varios estudios de investigación han evaluado el uso y la efectividad de la Web 2.0 se está convirtiendo, por tanto, en una herramienta ideal para promoción, educación y apoyo a las mujeres que amamantan. Un ejemplo es una revisión sistemática realizada en 2018, que concluyó que las tecnologías Web 2.0 son utilizadas por las madres en periodo de amamantamiento, destacando las relacionadas con los sistemas de comunicación, las webs, las apps y los mensajes cortos (SMS, de sus siglas en inglés Short Message Service), así como que la mayoría están diseñadas para madres en periodo postnatal y dirigidas a la promoción o educación sobre LM²⁷⁰.

En el mismo contexto de las apps, un estudio mixto analizó 340 apps hasta 2021, encontrando como hallazgos principales que el tema más buscado por las madres es la monitorización de la LM. También refiere un aumento de la producción de apps sobre LM y del número de descargas desde el año 2019 y el aumento del porcentaje de desarrolladores profesionales y del feedback con la aplicación²⁷¹.

Otros estudios ponen de manifiesto que aplicaciones móviles son utilizadas por las madres para mejorar su autoeficacia para amamantar, recurriendo a ellas para resolver dudas, aprender sobre su producción de leche y acceder a recursos audiovisuales sobre habilidades relacionadas con la LM²⁷².

Una revisión sistemática realizada en 2020 evidenció que, a largo plazo, las mejores intervenciones digitales para apoyar resultados en LM son aquellas que combinan educación y apoyo continuo; y que las estrategias más efectivas están basadas en la personalización y los foros de discusión en línea de fuentes confiables en Internet²⁷³.

La literatura científica describe la falta de apoyo social como una causa del abandono precoz de la LM. Dicho apoyo puede venir del entorno de la familia y amigas o incluso de otras madres desconocidas o asociaciones de apoyo de forma virtual. En la actualidad, existen en Internet grupos de redes sociales relacionadas con la LM, que se convierten en redes de apoyo entre iguales, donde madres lactantes y/o profesionales expertos en LM brindan soporte informativo y emocional y comparten experiencias y recursos con otras madres^{274,275}.

Los profesionales de la salud empiezan a apostar por utilizar todo el potencial de la Web 2.0 para el fomento de la LM, generando evidencia científica a través, por ejemplo, de experiencias relacionadas con la telesalud para la atención sanitaria personalizada a distancia. Un estudio descriptivo en el contexto de un ensayo controlado aleatorizado con 92 participantes en EE.UU concluye que la telelactancia es una innovación en la prestación de apoyo profesional a la LM. Esta investigación documenta tanto la demanda como las experiencias positivas con la telelactancia en una población de madres que viven en zonas rurales, donde la asistencia sanitaria se encuentra a kilómetros de distancia, permitiendo que puedan recibir el mismo apoyo profesional que otras que viven en grandes ciudades²⁷⁶.

Los profesionales de enfermería debemos aprender a utilizar las herramientas Web 2.0 con objetivo de poder recomendar recursos basados en la evidencia científica y mantenernos actualizados sobre LM para poder mejorar la atención y el apoyo que prestamos a las mujeres que lactan y sus familias²⁷⁷.

Pero no debemos olvidar que tenemos que advertir que no toda la información y/o recursos web que pueden obtenerse en la red pueden tener la misma calidad o fiabilidad. Hay que recomendar aquellas herramientas 2.0 basadas en la evidencia científica y, a poder ser, que cuenten con distintivos o sellos de calidad en Internet²⁷⁸.

Las organizaciones sanitarias tampoco deben quedarse atrás y han de enfrentarse al reto de formar a sus profesionales para que adquieran las competencias digitales suficientes para diseñar e implementar proyectos digitales que favorezcan la transformación digital en el ámbito sanitario y, como no, el empoderamiento de las mujeres que amamantan.

3

Hipótesis y objetivos



3.1. HIPÓTESIS

La prevalencia de LM en Corvera de Asturias durante la década 2010-2019 no cumple con los estándares de las recomendaciones internacionales.

La Web 2.0 podría constituir una herramienta útil y complementaria para mejorar la prevalencia de inicio, mantenimiento y duración de la LM.

3.2. OBJETIVOS GENERALES

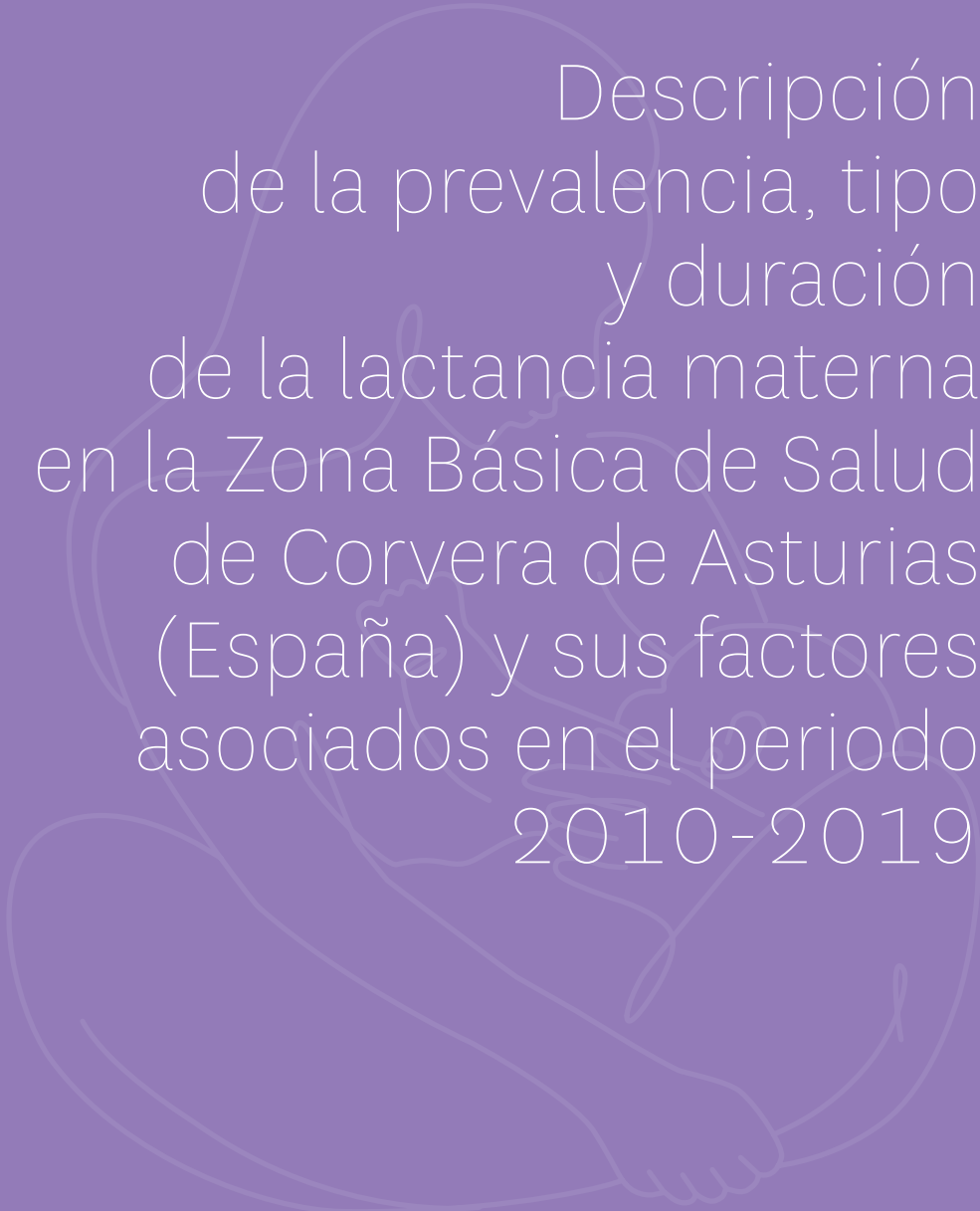
- 1) Conocer si las herramientas de Salud 2.0 (o de la Web 2.0) pueden facilitar la continuidad de cuidados y el éxito de la LM.
- 2) Determinar la prevalencia de LM en la Zona Básica de Salud de Corvera de Asturias y evaluar los factores relacionados con su instauración y mantenimiento en el periodo comprendido entre 2010 y 2019.

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Realizar una revisión de los recursos de Salud 2.0 relacionados con la LM y las iniciativas existentes de continuidad de cuidados en la Red.
- 2) Conocer la opinión de un grupo de profesionales de enfermería expertas en LM y de madres sobre si dichos recursos podrían complementar a las formas tradicionales de apoyo a la LM y, en tal caso, identificar el contenido y soporte que sería más adecuado.
- 3) Analizar la prevalencia, tipo y duración de LM en Corvera de Asturias e identificar las variables fisiológicas, sociodemográficas y/o derivadas de la asistencia sanitaria que se asocian con la misma.

4

Descripción
de la prevalencia, tipo
y duración
de la lactancia materna
en la Zona Básica de Salud
de Corvera de Asturias
(España) y sus factores
asociados en el periodo
2010-2019



4.1. INTRODUCCIÓN

La leche materna es el “patrón de oro” en el que debe basarse la alimentación de los recién nacidos, ya que existe numerosa evidencia de que la LM se asocia a importantes beneficios económicos, ambientales y de salud a corto y largo plazo para los niños y niñas, las mujeres y la sociedad^{3,4-38}.

De ahí, que la OMS y otras sociedades científicas de carácter nacional e internacional recomienden iniciar la LM de forma precoz, durante la primera hora de vida, y mantenerla de forma exclusiva hasta los seis meses de edad y de forma complementaria con otros alimentos hasta los dos años o más^{1,2,75,87}.

A pesar de las múltiples ventajas de la LM las bajas frecuencias de LME, están presentes en todo el mundo, ocasionando un importante problema de salud pública. Globalmente, tan solo el 43% de los niños continúan reciben LME a los 6 meses de vida, según datos publicados por UNICEF en el año 2016^{18,40}.

Para poder establecer las medidas de protección, promoción y apoyo a la LM, necesarias para obtener cifras óptimas en LM, es necesario conocer la prevalencia, duración y factores condicionantes de la LM en cada país o región. Por ello, se recomienda encarecidamente la recogida correcta de los datos de acuerdo a la metodología y los indicadores establecidos por la OMS, de manera que se posibilite una futura comparación de resultados tanto a nivel internacional como nacional y/o regional^{152,174}.

En España, sin embargo, no existe un sistema oficial de seguimiento y monitorización de la LM. Los datos se extraen de los estudios epidemiológicos o las ENS a nivel nacional o regional, que desde hace dos décadas incluyen preguntas sobre la LM. En este sentido, según los datos de la ENS del año 2017, la tasa de LME no alcanza las cifras recomendadas por la OMS, siendo a los 6 meses de tan solo un 39%⁴¹.

En Asturias, la investigación sobre prevalencia de LME es escasa. Un estudio del año 2000 señala una tasa de LME al inicio de 51,4%, decayendo al 14,9% a los 90 días y al 8,7% a los 120 días⁴². Según la última Encuesta de Salud Infantil para Asturias de 2017, la tasa de LME al alta hospitalaria fue de un 56,3% descendiendo a un 32,6% a los 4 meses de edad⁴³.

Diferentes estudios de investigación a nivel nacional han demostrado que son varios los factores que intervienen en el inicio, mantenimiento y duración de la LM: factores de tipo individual (decisión materna de no amamantar, dificultades con la lactancia, experiencias previas negativas de amamantamiento, falta de apoyo familiar, nivel socioeconómico y nivel de estudios); de tipo sanitario y comunitario (características de la estancia en el hospital, tipo de parto, contacto precoz “piel con piel”, administración de suplementos, educación maternal, bajo peso al nacimiento, incorporación de la madre al trabajo); de tipo sociocultural (“cultura del biberón”, falta de aceptación de la lactancia en público, falta de apoyo en el entorno familiar) y de tipo político (falta de instauración de programas de promoción y apoyo a la LM); sin olvidarnos del importante papel que juegan los profesionales sanitarios en el apoyo y la promoción de la misma^{42,44-67}.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia, tipo y duración de la LM en la zona básica de salud de Corvera de Asturias (España) y sus factores asociados para determinar qué medidas de promoción y apoyo a la LM son necesarias para alcanzar cifras deseables en LM.

4.2. METODOLOGÍA

4.2.1. Diseño general del estudio

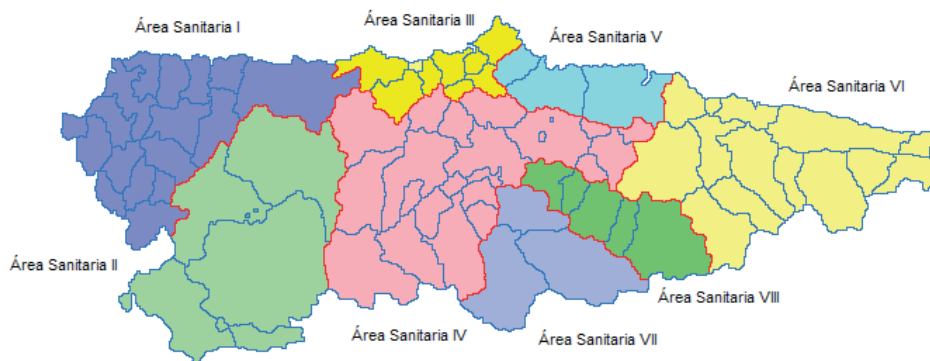
Se plantea un estudio de cohorte retrospectiva, en el que se ha estudiado los recién nacidos vivos entre los años 2010 y 2019 pertenecientes al concejo de Corvera (n=949), desde el nacimiento a los 24 meses de vida, según datos recogidos de dos registros poblacionales, la historia clínica informatizada para hospitales “SELENE®” y “OMI AP®” para centros de AP.

4.2.2. Ámbito de estudio

El Principado de Asturias es una CCAA uniprovincial de España, con una superficie de 10.604 km² y una población total de 1.004.686 habitantes. Se encuentra delimitada al norte por las aguas del mar Cantábrico, al oeste con la provincia de Lugo, al sur con la provincia de León y al este con la de Cantabria²⁷⁹.

Asturias fue pionera en el proceso de reforma sanitaria, con la publicación del Decreto 112/1984 de 6 de Septiembre²⁸⁰, por el que se aprobó el Mapa Sanitario del Principado de Asturias, que ha sido el instrumento que ha determinado la implantación y ordenación territorial de la Atención Sanitaria en el conjunto del territorio asturiano. Así, el Principado se organiza territorialmente en ocho Áreas Sanitarias, subdividas en 68 Zonas Básicas de Salud y 16 Zonas Especiales de Salud (Figura 14, ver página siguiente)²⁸¹.

Según datos de la Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (SADEI) y el INE, Asturias repitió en año 2022 como la comunidad autónoma con menor tasa de natalidad, en un ejercicio en el que los nacimientos se redujeron un 0,86 por ciento (Figura 15). El Principado registró 4,74 nacidos

Figura 14: Mapa Sanitario del Principado de Asturias dividido por Áreas Sanitarias 2023

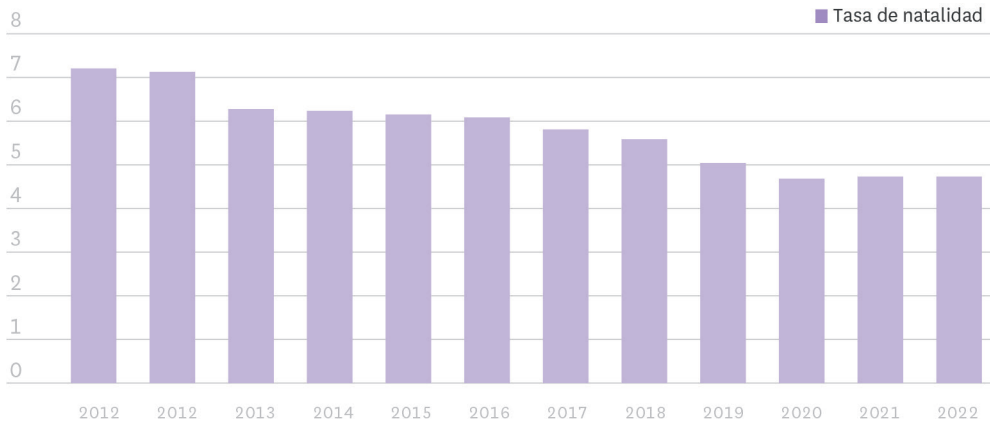
Fuente: Dirección General de Política y Planificación Sanitarias, Consejería de Salud, Gobierno del Principado de Asturias. SADE²⁸¹.

por cada mil habitantes, dos centésimas menos que en 2021, frente a la media nacional de 6,88. Los datos también reflejan una brecha entre la tasa de natalidad de las españolas, de 4,24, y de las extranjeras, un colectivo con poco peso demográfico en Asturias, que alcanzó un 13,94²⁸².

La estadística también sitúa al Principado como la segunda comunidad con la tasa de fecundidad más baja del país, con 24,84 nacimientos por cada mil mujeres (24,71 en 2021), sólo por delante de Canarias, con 23,69, mientras que la media nacional ascendió a 31,40. Por otro lado, el número de nacimientos cayó un 0,86 por ciento, hasta 4.744 nacimientos, la cifra más baja de la serie histórica²⁸².

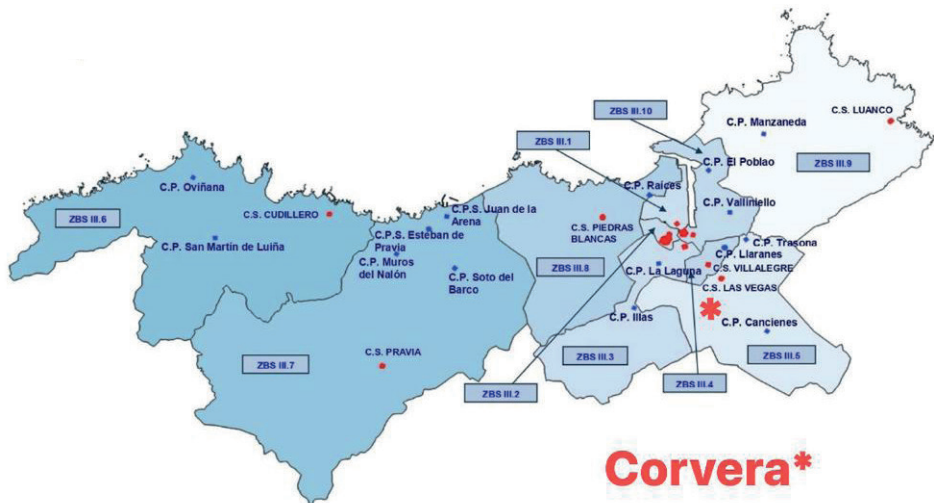
Corvera de Asturias es un concejo del Principado de Asturias, situado geográficamente en el área central asturiana y perteneciente al Área Sanitaria III de Avilés, Zona Básica de Salud III.5 del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) (Figura 16).

Figura 15: Evolución de la Tasa de Natalidad en Asturias, periodo 2011-2022



Fuente: Sociedad Asturiana de Estudios Económicos y Industriales (SADEI). El movimiento natural de la población 2022²⁸².

Figura 16: Mapa Sanitario Área Sanitaria III, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)



Fuente: Actualización demográfica del Mapa Sanitario de Asturias 2022. Dirección General de Política y Planificación Sanitarias, Consejería de Salud, Gobierno del Principado de Asturias. SADEI²⁸¹.

Según los datos publicados por el SADEI a 1 de Enero de 2023 el número de habitantes en Corvera de Asturias era de 15.563. Cuenta con un hospital comarcal de referencia para la atención obstétrica del Área Sanitaria III, el Hospital Universitario San Agustín de Avilés (HUSA) y tiene una tasa bruta de natalidad inferior a la total de Asturias (4,59 frente al 4,88 en el año 2021)²⁸².

4.2.3. Obtención de los datos

Tras obtener la aprobación del Comité de Investigación de la Gerencia del Área Sanitaria III (referencia PI 08/2022) y del Comité de Investigación de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (código 2022.060), se realizó una revisión, de manera sistemática, de 10 historias clínicas informatizadas de los ámbitos de AE y AP, como prueba piloto para diseñar y evaluar la funcionalidad de la base de datos. Tras esta evaluación inicial se llevó a cabo la petición de datos del total de la población a estudio al Departamento de Informática y Control de Gestión de Datos del Hospital Universitario San Agustín de Avilés, a fecha de 7 de septiembre de 2022, obteniendo los mismos el 21 de Septiembre del mismo año. En “SELENE®” se recogieron datos a partir de 18 Formularios de Enfermería de Gestión de Procesos de Atención al embarazo, parto y recién nacido, registrados durante el ingreso hospitalario y en “OMI AP®” se examinaron 50 Datos Generales del Paciente (DGPs) y 23 Planes de cuidados estandarizados para la población infantil, de interés para el estudio, recogidos en las distintas visitas de control de enfermería del Programa del Niño Sano en el Centro de Salud de pertenencia, durante los meses 1, 4, 6, 12 y 24 de edad infantil.

Al coexistir dos números de historia para cada sujeto a estudio (uno para AE y otro para AP), se solicitó el cruce y unificación de los datos al Centro de Gestión de Servicios Informáticos (CGSI) de la Administración del Principado de Asturias, obteniendo una base de datos única. Posteriormente,

se utilizó el sistema “Noray Banks®” para establecer un número aleatorio (Código de Identificación Único) asociado al nombre y apellidos de los pacientes incluidos en la base de datos para garantizar el anonimato y la protección de los datos. El programa informático “Microsoft Office Excel 2021®” sirvió de sistema de recogida y gestión de la bases de datos final.

4.2.4. Variables a estudio

A partir de los datos obtenidos se construyeron las variables principales utilizadas en el estudio y que son las siguientes: *a)* Tipo de lactancia de 0 a 24 meses (medida al nacimiento y a los meses 1, 4, 6, 12 y 24) con tres categorías: lactancia materna exclusiva (LME), cuando el lactante recibe exclusivamente leche materna a lo largo de todo el periodo; lactancia artificial (LA), cuando se alimenta con leche artificial (fórmula adaptada a su edad) y lactancia mixta (MIX), cuando recibe tanto leche materna como leche de fórmula en algún momento del periodo estudiado; *b)* Causas de abandono/no inicio de la LM (hipogalactia o escasa producción de leche materna, causa laboral, decisión materna, enfermedad del RN, enfermedad materna, problemas con la lactancia) y *c)* Edad del lactante en el cambio de lactancia (edad de abandono de la lactancia en meses).

El resto de las variables estudiadas se dividen en cuatro categorías:

En primer lugar, las “Variables sociodemográficas y sanitarias de la madre”: edad en el momento del parto (años), Centro de Salud (Cancienes, Trasona, Las Vegas) y tipo de localidad a la que pertenece: rural (menos de 2.500 habitantes), semiurbana (entre 2.500 y 10.000 habitantes) y urbana (más de 10.000 habitantes) utilizando para el cálculo la densidad de población, grado de población, grado de urbanización e indicadores de desarrollo económico extraídos del Censo de viviendas del año 2022²⁸³, nivel socioeconómico estimado según aportaciones a la Seguridad Social de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) (indicador de 1 a 6

de menor a mayor) (ver Anexo 1: Tabla con tipos de aportación económica a la Seguridad Social según grupo y situación), consumo de tabaco durante el embarazo (si/no), edad gestacional (semanas), embarazo múltiple (si/no), consejo prenatal sobre LM (si/no).

En segundo lugar, las “Variables del recién nacido (RN)”: sexo (hombre, mujer), tipo de RN según edad gestacional (pretérmino: menos de 37 semanas completas; a término: entre 37 y 41 semanas y posttérmino: 42 semanas o más) y según peso (bajo peso: 2.500 g o menos; normopeso: mayor de 2.500g y menor de 4.000g y macrosómico: 4.000 g o más), peso al nacimiento (gramos).

A continuación, se estudiaron las “Variables del parto y estancia hospitalaria”: tipo de parto (eutócico o normal o no instrumental, instrumental, cesárea o quirúrgico), Plan de Parto (Baja Intervención, medicalizado, no existencia), lactancia precoz (lactancia en las primeras 2 horas tras el nacimiento), tipo de lactancia durante la estancia en el hospital (LME, LA, MIX), administración de “suplementos” (administración o aporte extra de otro alimento distinto a la leche materna, como leche de fórmula, suero glucosado o agua), contacto “piel con piel” en los primeros minutos tras el parto (si/no), profesional que atendió el parto (matrón/a, ginecólogo/a, ambos) y días de estancia hospitalaria (días de ingreso hospitalario desde el momento del parto hasta el alta hospitalaria).

Y, por último, las “Variables tras alta hospitalaria”: asistencia a la Escuela Infantil (si/no) y edad de inicio de la escolarización (en meses).

4.2.5. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo proporcionando distribuciones de frecuencias relativas y absolutas para variables cualitativas, y medidas de posición y dispersión para las cuantitativas. Las diferencias de variables cuantitativas entre más de dos grupos se realizan mediante el test Anova o con el test de Kruskal-Wallis

según se verificase o no la hipótesis de normalidad y homocedasticidad. Si los grupos comparados fueron dos, y al verificarse la normalidad, el test aplicado fue el test t de Student para muestras independientes.

Las relaciones entre dos variables cualitativas se evalúan con el test Chi Cuadrado o con el test de Fisher en función de la verificación de la hipótesis sobre frecuencias esperadas.

Por último, se plantean modelos de regresión logística binaria para cada una de las variables de la tabla, mostrando la OR de LME (respecto a MIX+LA) su intervalo de confianza al 95% y la significación del test de Wald y en segundo lugar un modelo multivariante en el que simultáneamente figuran todas las variables consideradas como predictoras de LME.

El nivel de significación empleado fue 0,05. El análisis estadístico se efectuó mediante el programa R (R Development Core Team), versión 3.6.3.

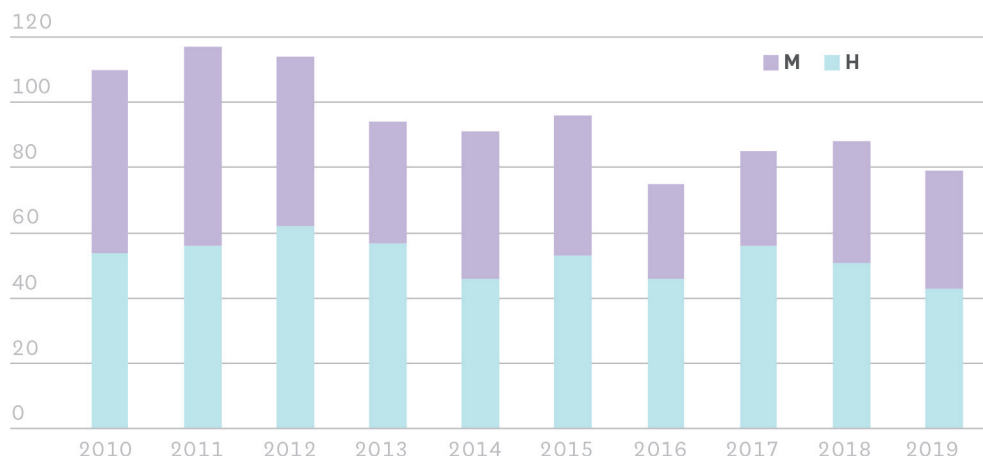
4.3. RESULTADOS

4.3.1. Características sociodemográficas de la población estudiada

El número total de nacimientos en Corvera de Asturias en el periodo de estudio fue de 949, de los que 425 (44,8%) fueron niñas y 524 (55,2%) niños. Si hablamos del peso al nacimiento, la mayoría fueron de peso normal ($n=835$, 88%), siendo la media de 3.285 g (DE: 521.32). En torno a un 6% fueron recién nacidos de bajo peso ($n=60$, 6,3%) y/o pretérmino ($n=57$, 6%).

El número de nacimientos en la Zona Básica de Salud de Corvera de Asturias presenta una tendencia descendente en la última década pasando de 110 en 2010 a 79 en 2019, lo que supone una reducción del 28,2% en el periodo (Figura 17).

Figura 17: Nacimientos por año en el Municipio de Corvera de Asturias (España), periodo 2010-2019.



Fuente: Elaboración propia, base de datos de la población a estudio obtenida a partir de los registros en las historias clínicas de los nacimientos en Corvera de Asturias, periodo 2010-2019.

La edad media de la madre en Corvera en el momento del parto, para el periodo de estudio, fue de 32.27 años (DE: 5.01). La mayoría residían en zona urbana, perteneciendo al Centro de Salud de Las Vegas y eran trabajadoras en activo o asimiladas con renta inferior a 18.000 euros o entre 18.000 y 100.000 euros al año. Habían recibido consejo prenatal sobre LM en el 41, 2% (n=391) de los casos. El resto de las características de la muestra se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1: Características sociodemográficas y sanitarias de la población estudiada (n=949). Corvera de Asturias, periodo 2010-2019

		n	%
Variables de la madre			
Centro de salud/Tipo localidad de residencia	Cancienes/Rural	96	10,1
	Trasona/Semiurbana	105	11,1
	Las Vegas/Urbana	748	78,8
Nivel Socioeconómico según TSI	1	96	10,1
	2	36	3,8
	3	465	49
	4	340	35,8
	5	3	0,3
	6	9	0,9
Consumo de tabaco durante el embarazo	No	659	69,4
	Sí	290	30,6
Embarazo múltiple	No	926	97,6
	Sí	23	2,4
Consejo prenatal sobre lactancia materna	No	558	58,8
	Si	391	41,2
Variables del recién nacido			
Sexo	Hombre	524	55,2
	Mujer	425	44,8
Tipo de RN: Según edad gestacional	Pretérmino	57	6
	A término	880	92,7
	Postérmino	12	1,3
Tipo de RN: Según peso	Bajo peso	60	6,3
	Normopeso	835	88
	Macrosómico	54	5,7

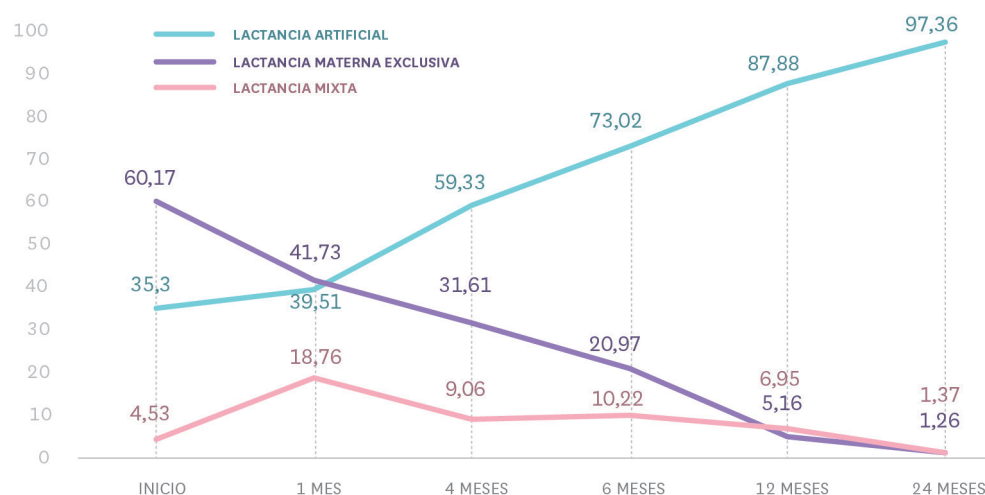
		n	%
Variables del parto y la estancia hospitalaria			
Tipo de parto	Cesárea	151	15,9
	Eutócico	698	73,6
	Instrumental	10	10,5
Plan de parto	Baja intervención	163	17,2
	Medicalizado	263	27,7
	No	523	55,1
Profesional que atendió el parto	Ginecólogo/a	375	39,5
	Matrón/a	455	48
	Ambos	119	12,5
Piel con piel tras el parto	< 60 min	319	33,6
	≥ 60 min	209	22
	No	421	44,4
Lactancia precoz en las 2 primeras horas	No	505	53,2
	Sí	444	46,8
Tipo de lactancia en la estancia hospitalaria	Materna	571	60,2
	Mixta	43	4,5
	Artificial	335	35,3
Administración de “suplementos” o aporte extra de otro alimento distinto a la leche materna (agua, suero glucosado o leche artificial)	No	519	54,7
	Sí	430	45,3
Variables tras el alta hospitalaria			
Escolarización/asistencia a la Escuela Infantil	No	795	83,8
	Sí	154	16,2
Edad inicio de escolarización	<4 meses	8	5,19
	4	38	24,67
	6	59	38,31
	9	21	13,63
	12	16	10,38
	24	12	7,79

Fuente: Elaboración propia.

4.3.2. Prevalencia, tipo y duración de la lactancia materna

Inician LME el 60,2% (n=571) de los RN (de los cuales un 55,3% (n=316) son niños y un 44,7% (n=255) niñas), disminuyendo la prevalencia de tal modo que al mes se encuentran lactando el 41,7%, (n=396) a los cuatro meses el 31,6% (n=300), a los 6 meses el 21% (n=199) y sigue descendiendo hasta el 5,2% (n=49) al año y el 1,3% (n=12) a los dos años de vida (Figura 18).

Figura 18: Tipo de lactancia según edad en meses. Corvera de Asturias (España). 2010 y 2019



Fuente: Elaboración propia.

La media de edad de abandono de la LME es de 4,19 meses (DE: 5,74), siendo los tres principales motivos la decisión materna de no iniciar LM en el 52,8% (n=501) de los casos, causa laboral en el 22,6% (n=214) y problemas con la lactancia en el 12,9% (n=122) restante. La “causa laboral” como motivo de abandono está presente en el 87,4% (n=135) de los infantes que acuden a Escuela Infantil (EI). A los 24 meses asiste a la EI el 16,2% (n=25) del total.

Antes de los cuatro meses el porcentaje de niños y niñas que habían empezado en la EI era del 5,19% (n=8). El pico mayor se obtiene entre los cuatro y seis meses coincidiendo con el fin del permiso laboral por maternidad, siendo de un 62,9% (n=97).

4.3.3. Factores asociados a la prevalencia y duración de la lactancia materna

Los factores que se asocian en nuestra población a estudio con un mayor inicio y mantenimiento de la LM son, por un lado, el haber recibido educación prenatal sobre LM durante el embarazo y el haber realizado un adecuado contacto “Piel con piel” en los primeros momentos tras el parto y, por otro, el ser una madre con un nivel económico alto (la probabilidad de LME va aumentando a medida que aumenta el nivel económico). Por el contrario, aquellos factores que han resultado estadísticamente significativos para un mayor abandono de la LM son el haber tenido un embarazo múltiple y que el RN fuera de bajo peso al nacer.

Al estudiar los factores que se relacionan con el motivo de abandono de la LME, se aprecia como las madres a las que se les practica cesárea es más habitual que abandonen la LME por enfermedad del RN en un 5,96 % (n=9) ($p<0,001$) al igual que las que han tenido un parto gemelar (13,04%) (n=3) ($p=0,035$) o su RN fue prematuro (24,56%) (n=14) ($p<0,001$) o de bajo peso (28,33%) (n=17) ($p<0,001$).

Por otro lado, se encontró asociación positiva con una mayor duración de la LME entre el haber sido atendida por la matrona en el momento del parto (34,73%) (n=158) ($p<0,001$), haber realizado contacto “piel con piel” entre madre e hijo en las primeras dos horas tras el nacimiento (18,53%) (n=78) ($p<0,001$), y cuando se ofreció al lactante leche materna en las primeras tomas (40,32%) (n=179) ($p<0,001$). Otro de los factores favorecedores para el mantenimiento de la LME es el hecho de haber recibido educación sobre LM durante el embarazo (43,22%) (n=169) ($p<0,001$).

Tabla 2: Modelo de regresión logística multivariante. Variables predictoras de lactancia materna exclusiva respecto a lactancia mixta y lactancia artificial. Corvera de Asturias, 2010-2019

		TIPO DE LACTANCIA		OR	
		MIX+LA (N (%))	LME (N (%))	UNIVARIANTE (IC;P-VALOR)	MULTIVARIANTE (IC;P-VALOR)
Centro de Salud	Cancienes	48 (50,0)	48 (50,0)	-	-
	Trasona	35 (33,3)	70 (66,7)	2,00 (1,14-3,56; p=0,017)	1,57 (0,79-3,12; p=0,199)
	Las Vegas	295 (39,4)	453 (60,6)	1,54 (1,00-2,35; p=0,049)	1,40 (0,85-2,35; p=0,193)
Parto Múltiple	No	360 (38,9)	566 (61,1)	-	-
	Sí	18 (78,3)	5 (21,7)	0,18 (0,06-0,45; p=0,001)	0,22 (0,06-0,69; p=0,015)
Tipo de parto	Eutócico	261 (37,4)	437 (62,6)	-	-
	Cesárea	76 (50,3)	75 (49,7)	0,59 (0,41-0,84; p=0,003)	1,05 (0,67-1,65; p=0,834)
	Instrumental	41 (41,0)	59 (59,0)	0,86 (0,56-1,32; p=0,487)	0,81 (0,48-1,38; p=0,439)
Piel con piel	No	225 (53,4)	196 (46,6)	-	-
	< 60 min	81 (25,4)	238 (74,6)	3,37 (2,47-4,65; p<0,001)	1,73 (1,16-2,57; p=0,007)
	≥ 60 min	72 (34,4)	137 (65,6)	2,18 (1,55-3,09; p<0,001)	1,60 (1,05-2,46; p=0,029)
Educación Maternal	No	338 (60,6)	220 (39,4)	-	-
	Sí	40 (10,2)	351 (89,8)	13,48 (9,43-19,73; p<0,001)	11,34 (7,77-16,95; p<0,001)
Consumo de tabaco	No	232 (35,2)	427 (64,8)	-	-
	Sí	146 (50,3)	144 (49,7)	0,54 (0,40-0,71; p<0,001)	0,75 (0,53-1,05; p=0,092)
Peso del RN	Normal	321 (38,4)	514 (61,6)	-	-
	Bajo Peso	40 (66,7)	20 (33,3)	0,31 (0,18-0,54; p<0,001)	0,40 (0,20-0,77; p=0,008)
	Macrosómico	17 (31,5)	37 (68,5)	1,36 (0,76-2,51; p=0,309)	1,68 (0,86-3,34; p=0,133)
TSI	1	49 (51,0)	47 (49,0)	-	-
	2	16 (44,4)	20 (55,6)	1,30 (0,60-2,84; p=0,500)	0,69 (0,28-1,75; p=0,439)
	3	193 (41,5)	272 (58,5)	1,47 (0,95-2,29; p=0,087)	1,05 (0,61-1,80; p=0,872)
	4	119 (35,0)	221 (65,0)	1,94 (1,22-3,07; p=0,005)	1,24 (0,71-2,19; p=0,455)
	5-6	1 (8,3)	11 (91,7)	11,47 (2,11-213,73; p=0,022)	8,98 (1,37-177,81; p=0,051)

(RN: recién nacido, TSI: tarjeta sanitaria individual, MIX: lactancia mixta, LA: lactancia artificial, LME: lactancia materna exclusiva, OR: odds ratio, IC: intervalo de confianza)

Fuente: Elaboración propia.

Al realizar el ajuste multivariante (ver Tabla 2), el tipo de localidad de residencia de la madre, el tipo de parto y el tabaco pierden la significatividad. Se aprecia como el tener un embarazo múltiple disminuye la probabilidad de LME con una aOR de 0,22 (95%IC: 0,06-0,69).

Por el contrario, el recibir una educación maternal adecuada potencia la LME con una aOR de 11,34 (95%IC: 7,77-16,95).

Un adecuado contacto “piel con piel” también contribuye a aumentar la probabilidad de LME, aOR de 1,73 (95%IC: 1,16-2,57). Si el RN es de bajo peso, hay menos probabilidad de LME que si es de peso normal, aOR de 0,40 (95%IC: 0,20-0,77), pero no se aprecian diferencias entre RN macrosómicos y de peso normal. En cuanto al nivel económico de la madre, analizado a través del nivel de TSI, al realizar el ajuste se aprecian diferencias entre el TSI 005 - TSI 006 (mayores ingresos posibles) respecto al TSI 001 (menores ingresos posibles), siendo TSI 005 - TSI 006 aquellas categorías con mayor probabilidad de ofrecer LME, aOR de 8,98 (95%IC: 1,37-177), aunque a la vez son la categorías con menor número de casos (siendo el rango de mayor población el TSI entre TSI 003 y TSI 004).

4.4. DISCUSIÓN

La prevalencia de LME al alta en Corvera (60,17%) es superior a la de Asturias (56,3%)⁴³, pero es más baja si la comparamos con los datos a nivel nacional (en torno a un 70%)^{41,44-67} y nos encontramos aún muy lejos de las recomendaciones internacionales de aumentar la tasa de LME durante los primeros 6 meses hasta al menos el 50 % de aquí al año 2025¹⁴⁸.

Los resultados obtenidos en este estudio nos permiten conocer que el número de nacimientos en Corvera en el periodo de estudio (n=949) constituye un 1,43% del total de nacimientos en Asturias (n=66.137)^{284, 285} y observar una tendencia decreciente de los nacimientos en Corvera de Asturias a lo largo de los últimos diez años (reducción del 28%).

La edad media de parto de las madres corveranas es similar a la media de las madres de la CCAA que se situó en 32,08 años²⁸⁶. A pesar de ser la segunda comunidad con menor Tasa Global de Fecundidad de España (la primera es Canarias)²⁸⁷, de un 24,84 por cada mil nacimientos, (Anexo 2: CCAA y Tasas Globales de Fecundidad, 2021 y 2022), Asturias no es la región en la que las mujeres retrasen más su maternidad. No obstante, sí es cierto que en los últimos años la edad media a la maternidad (tanto la primera, como la total) ha ido aumentando en nuestra comunidad. En 2022 la media en Asturias fue de 32,78 años en términos generales y de 32,08 para el nacimiento del primer/a hijo/a^{288,289}.

Si ponemos en relación las cifras de nacimientos por edad de la madre, con la de mujeres de dicha edad en Asturias, se obtienen las Tasas específicas de fecundidad por edad. En 2022 la mayor Tasa de fecundidad correspondió a las mujeres de 34 años, en los años 2021 y 2020 fue de 33 años, y en el año 2019 de 32 años, es decir, el máximo de fecundidad se va retrasando en el ciclo vital de las mujeres asturianas²⁹⁰.

Nuestro trabajo cuenta con una muestra de población más amplia y de mayor duración en el tiempo que los anteriores estudios realizados en Asturias y en otras CCAA⁴⁵⁻⁶⁷, posibilitando realizar una comparativa temporal, conocer los factores asociados al éxito o fracaso de la LME, que pueden sentar las bases para implementar estrategias adecuadas para el apoyo y fomento de la LM. Además, puede servir de base para futuros estudios ampliando más allá de nuestra zona básica de salud al resto de áreas sanitarias asturianas o a nivel nacional utilizando bases de datos de registros poblacionales de AP y hospitalaria.

A pesar de que la OMS establece unos indicadores estandarizados¹⁷⁴ para medir las variables de inicio, mantenimiento y duración de la LM, los estudios analizados tanto a nivel provincial como nacional recogen diferentes definiciones de LM, distintos indicadores y metodología muy heterogénea y estiman la prevalencia de lactancia en diferentes momentos en el tiempo. En la Tabla 3 (página siguiente) se muestran los resultados comparativos de los diferentes estudios de prevalencia en poblaciones del ámbito nacional y del Principado de Asturias.

Tabla 3: Comparativa de Prevalencia de LME en estudios realizados en España entre 1996-2019

AUTOR POBLACIÓN PERÍODO ESTUDIO	METODOLOGÍA RECOGIDA DE DATOS	TAMAÑO MUESTRA N	PORCENTAJE DE LME (MESES)							FACTORES PROTECTORES DE LA LME
			ALTA	1	3	4	6	12	24	
Hernández Aguilar MT ⁴⁵ Comunidad Valenciana 1997	Prospectivo Encuesta	5.698	-	63,7	32,5	-	10,1	-	-	- Estudios universitarios maternos - Hospital con prácticas IHAN - Parto eutócico (normal o vaginal) - Peso del RN 2.500 - 4.500 kg
Estévez González MD ⁴⁶ Las Palmas (Gran Canaria) 1999-2000	Prospectivo Encuesta	545	55,4	46,2 (15d)	24,6	-	9,4	-	-	- Estudios universitarios maternos - Parto eutócico - Educación prenatal sobre LM - Decisión previa amamantar - LM Precoz - No administración de biberón
Oliver Roig A ⁴⁷ Elda, (Alicante) 2002-2003	Prospectivo Recogida de datos Entrevista telefónica	270	-	-	70,6	-	38,3	-	-	- Estudios universitarios maternos - Educación prenatal sobre LM - Experiencia previa de LM positiva - No administración de biberón/chupete
Raventós Á ⁴⁸ Barcelona 2004	Retrospectivo Entrevista telefónica	200	72,5	63	53,5	43,5	16,5	3,5	-	- Estudios universitarios maternos - Procedencia de la madre: inmigrante
Rius J ⁴⁹ Comunidad Valenciana 2004	Prospectivo Encuesta	452	-	-	39	-	21	4,5	-	- Estudios universitarios maternos - Educación prenatal sobre LM - Experiencia previa de LM positiva - Sensación materna de leche suficiente - No hábito tabáquico - No usar pezoneras/chupete - Gestación natural (No FIV)
Ortega García JA ⁵⁰ Murcia 2006	Prospectivo Cuestionario Cohorte MALAMA	101	91,2	49,5	34	17	8	-	-	- Estudios secundarios o universitarios maternos - Parto eutócico - Experiencia previa de LM positiva - Madre primípara - No hábito tabáquico - Edad materna < 35 años

WEB 2.0: CLAVE PARA EL EMPODERAMIENTO Y EL APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA ·

AUTOR POBLACIÓN PERIODO ESTUDIO	METODOLOGÍA RECOGIDA DE DATOS	TAMAÑO MUESTRA N	PORCENTAJE DE LME (MESES)							FACTORES PROTECTORES DE LA LME
			ALTA	1	3	4	6	12	24	
Oribe M ⁵¹ Gipúzkoa (País Vasco) 2006-2008	Prospectivo Cuestionario Cohorte INMA	547	84,8	76,2	62,5	53,7	15,4	-	-	· Decisión previa amamantar · Madre no trabajadora o baja de maternidad > 6 meses · Clase social alta · Residencia en zona rural · Madre múltipara
Sacristán AM ⁵² Castilla y León 2007	Retrospectivo Cuestionario	804	82,7	-	-	64,9	27,1	-	-	· Experiencia previa de LM positiva · Parto eutócico · Peso del RN > 3000 kg · No hábito tabáquico
Palomares Gimeno MJ ⁵³ Castellón de la Plana (C.Valenciana) 2007-2009	Prospectivo Encuesta	361	81,2	65,1	55,2	51,8	40	-	-	· Peso del RN > 2500 kg · No hábito tabáquico · Madre amamantada al nacer · LM Precoz · No administración de suplementos · Procedencia de la madre: inmigrante
Cuadrón L ⁵⁴ Aragón 2009-2010	Prospectivo Cuestionario Estudio CALINA	1.602	90,7	82,5	71,8	65,3	54,3	27,8	-	· Estudios universitarios maternos · Parto eutócico · No hábito tabáquico · Procedencia de la madre: inmigrante · Madre con normopeso o sobrepeso
Giménez López V ⁵⁵ Zaragoza (Aragón) 2010-2012	Retrospectivo Recogida de datos	570	66,5	47,5	-	30	15,8	-	-	· Educación prenatal sobre LM* · Parto eutócico y no gemelar · Peso del RN > 3000 kg · Edad gestacional RN > 37 semanas · Edad materna > 35 años
Gallegos Pita J ⁵⁶ A Coruña (Galicia) 2010-2012	Prospectivo Entrevista telefónica	122	54,9	60,66	50	45,08	22,95	-	-	· Experiencia previa de LM positiva · Decisión previa amamantar · Educación prenatal sobre LM · No administración de suplementos

AUTOR POBLACIÓN PERIODO ESTUDIO	METODOLOGÍA RECOGIDA DE DATOS	TAMAÑO MUESTRA N	PORCENTAJE DE LME (MESES)							FACTORES PROTECTORES DE LA LME
			ALTA	1	3	4	6	12	24	
Herrera Gómez A ⁵⁷ Jaén (Andalucía) 2010-2013	Retrospectivo Recogida de datos	2683	88,4	-	-	-	-	-	-	· Edad gestacional RN < 40 semanas · Madre multipara · Test de Apgar RN > 7 · Peso del RN > 2500 kg · No ingreso en UCI del RN ni RCP
Ramiro González MD ⁵⁸ Madrid 2012-2013	Retrospectivo Recogida de datos Cohorte ELOIN	2.627	77,6	70,5	59,8	51,4	25,4	0,6	-	· Educación postnatal sobre LM · Edad materna > 35 años · Nivel económico medio-alto
Burguillo MPT ⁵⁹ Huelva (Andalucía) 2012-2014	Prospectivo Recogida de datos	268	52,9	-	40,7	-	19,8	-	-	· Estudios secundarios o universitarios maternos · Educación prenatal sobre LM · Asistencia a Grupo de apoyo LM
Rodríguez Pérez MJ ⁶⁰ Vigo (Galicia) 2013-2014	Retrospectivo Entrevista	431	67,7	-	-	-	50,28	34,62	26,61	· Residencia en zona rural
Bouza ET ⁶¹ El Ferrol (Galicia) 2013-2014	Prospectivo Recogida de datos	268	70,9	-	49,4	-	23,9	19,1	-	· Edad materna > 33 años · Estudios universitarios maternos y paternos · Experiencia previa de LM positiva · Educación prenatal sobre LM
Cabedo R ⁶² Barcelona 2015-2016	Prospectivo telefónica Estudio LACTEM	585	75,3	-	-	-	16,8	-	-	· No uso de accesorios (chupetes, tetinas, pezoneras) · No administración de suplementos.
Gil Urquiza ⁶³ Cantabria 2009-2017	Prospectivo Recogida de datos Entrevista	1026	81,2	-	43,4	-	32,7	11,6	-	· Experiencia previa de LM positiva · Residencia en zona rural/urbano · Edad materna < 35 años · Estudios universitarios maternos · No uso de accesorios (chupetes, tetinas, pezoneras) · No administración de suplementos. · No hábito tabáquico
Vila-Candel V ⁶⁴ Comunidad Valenciana 2012-2017	Prospectivo Entrevista Recogida de datos	1338	68,2	-	46,7	-	-	-	-	· Madre multipara · Procedencia de la madre: inmigrante

WEB 2.0: CLAVE PARA EL EMPODERAMIENTO Y EL APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA ·

AUTOR POBLACIÓN PERIODO ESTUDIO	METODOLOGÍA RECOGIDA DE DATOS	TAMAÑO MUESTRA N	PORCENTAJE DE LME (MESES)							FACTORES PROTECTORES DE LA LME
			ALTA	1	3	4	6	12	24	
López de Aberasturi A ⁶⁵ Vizcaya (País Vasco) 2016-2017	Prospectivo Encuesta Estudio ZORROZAURO	366	77,1	-	-	37,1	21,6	-	-	· No uso de accesorios (chupetes, tetinas, pezoneras) · No permanecer en el nido · Colecho madre-RN · Asistencia a Grupo de apoyo LM · Madre múltipara · Parto eutócico · No hábito tabáquico
Conde Puertas E ⁶⁶ Granada 2017-2019	Prospectivo Entrevista telefónica	228	68	-	-	-	37	24	21	· Residencia en zona rural · LM Precoz
Suárez Gil P ⁴² Asturias 1996	Prospectivo Entrevista telefónica	418	51,4	36,7	14,9	8,7	-	-	-	· Residencia en zona rural/semiurbana · Estudios universitarios maternos · Haber recibido atención por la matrona durante el embarazo/parto · No administración de suplementos
Mazó-Tomé PLD ⁶⁷ Oviedo (Asturias) 2015-2016	Prospectivo Entrevista telefónica	151	58,3	48,3 (15d)	-	-	-	-	-	· Contacto “Piel con Piel” · Parto eutócico · LM Precoz · Ausencia de complicaciones en el parto
*PRESENTE ESTUDIO Corvera de Asturias (Asturias) 2010-2019	Cohorte retrospectivo Recogida de datos	949	60,2	41,7	-	31,6	21	5,2	1,3	• Educación prenatal • Contacto “Piel con piel” • Atención por matrona/a • Parto eutócico • LM precoz

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los estudios encontrados realizados en Asturias^{42,67}, en nuestro estudio obtenemos mejores cifras de prevalencia al alta, un 60,2% frente al 51,4% del año 2001 y el 58,3% del 2016 respectivamente. Al primer mes de vida superamos el 36,7% inicial llegando al 41,7% y al cuarto obtenemos un 31,65% frente al 8,7% del año 2001. Pero no se puede seguir la evolución comparativa más allá de este mes ya que dichos estudios no tienen continuidad en el tiempo. Esta mejoría en las cifras de prevalencia de LM en Asturias podría explicarse por las medidas que poco a poco se van implantando en los hospitales asturianos en materia de promoción de la LM, cada vez son más las mujeres que son atendidas por las matronas en el embarazo, parto y puerperio, cada vez más se cumplimentan “Planes de Parto” basados en decisiones informadas sobre el proceso de amamantamiento y cada vez se fomenta el contacto piel con piel y la LM de forma precoz⁶⁷.

Si realizamos una comparativa con los estudios de prevalencia realizados en España desde el año 2004 al 2019, en nuestro trabajo obtenemos una cifra de LME al alta del 60,2%, inferior a la media nacional que se situaría en torno a un 70%. A partir de ahí la recogida de los datos difiere bastante de unos estudios a otros pero coinciden en que la LME va descendiendo progresivamente y de forma más acentuada a los 3-4 meses hasta llegar a los seis meses, donde podemos afirmar que tan solo 1 de cada 5 lactantes recibe LME, concretamente un 21% del total en nuestro estudio. Este último dato difiere mucho del objetivo global de nutrición de la OMS de aumentar la tasa de LME en los primeros 6 meses de edad al menos al 50% para el año 2025¹⁵⁸.

Según la bibliografía revisada los principales motivos que las madres refieren para el abandono de la LM son diversos, tanto de forma precoz en las primeras semanas tras el parto, como tardía, después de los 4 meses (Tabla 4).

Tabla 4: Principales motivos que las madres refieren para el abandono de la LM en los estudios analizados

AUTOR	POBLACIÓN	PERIODO ESTUDIO	CAUSAS DE ABANDONO DE LA LM	
			PRECOZ	TARDÍA (>4 MESES)
Hernández Aguilar MT ⁴⁵	Comunidad Valenciana	1997	· No consta	· No consta
Estévez González MD ⁴⁶	Las Palmas (Gran Canaria)	1999-2000	· Dificultades con la LM (sensación de hambre del RN e hipogalactia) (64,5 %) · Decisión materna (52,1 %) · Enfermedad materna/RN (20%) · Causa laboral (15,7 %)	· Decisión materna (64,8 %) · Causa laboral (32,5 %)
Oliver Roig A ⁴⁷	Elda (Alicante)	2002-2003	· Dificultades con la LM	· Reincorporación al trabajo
Raventós Á ⁴⁸	Barcelona	2004	· Decisión materna (70%) · Consejo de un profesional sanitario (22%)	· Motivos laborales (21,4%)
Rius J ⁴⁹	Comunidad Valenciana	2004	· No consta	· No consta
Ortega García JA ⁵⁰	Murcia	2006	· No consta	· Reincorporación al trabajo
Oribe M ⁵¹	Gipúzkoa (País Vasco)	2006-2008	· Decisión materna · Falta de apoyo de los profesionales de la salud	· Reincorporación al trabajo
Sacristán AM ⁵²	Castilla y León	2007	· Decisión materna · Consejo de un profesional sanitario · Hipogalactia · Escasa ganancia de peso del RN · Enfermedad materna/RN · Incomodidad de la madre · Motivos estéticos	· Reincorporación al trabajo
Palomares Gimeno MJ ⁵³	Castellón de la Plana (C.Valenciana)	2007-2009	· No consta	· No consta
Cuadrón L ⁵⁴	Aragón	2009-2010	· Problemas en la instauración de la lactancia en el hospital · Falta de apoyo a nivel sanitario y social en los primeros días	· Reincorporación al trabajo

AUTOR	POBLACIÓN	PERIODO ESTUDIO	CAUSAS DE ABANDONO DE LA LM	
			PRECOZ	TARDÍA (>4 MESES)
Giménez López V ⁵⁵	Zaragoza (Aragón)	2010-2012	• Problemas instauración de LM en el hospital • Falta de apoyo a nivel sanitario y/o social	• Reincorporación al trabajo
Gallegos Pita J ⁵⁶	A Coruña (Galicia)	2010-2012	• No consta	• No consta
Herrera Gómez A ⁵⁷	Jaén (Andalucía)	2010-2013	• No consta	• No consta
Ramiro González MD ⁵⁸	Madrid	2012-2013	• Decisión materna (29%) • Dificultades del inicio de la LM (28,6%) • Problemas de salud maternos (27,3%)	• Sensación de hipogalactia (32,3%) • Incorporación al trabajo (25,9%)
Burguillo MPT ⁵⁹	Huelva (Andalucía)	2012-2014	• No consta	• No consta
Rodríguez Pérez MJ ⁶⁰	Vigo (Galicia)	2013-2014	• No consta	• Motivos laborales (falta de apoyo a la LM en el momento de la vuelta al trabajo, tras el permiso maternal, y la corta duración del mismo)
Bouza ET ⁶¹	El Ferrol (Galicia)	2013-2014	• Hipogalactia (34,6%) • Sensación de hambre del RN (25,0%) • Introducción de alimentación complementaria (AC) por indicación médica (17,6%)	4-6 meses • Introducción de AC por indicación médica (68,2%) • Reincorporación al trabajo (16,5%) >6 meses • Reincorporación al trabajo (30,3%) • Incompatibilidad con el horario laboral (16,7%) • Hipogalactia (12,1%)
Cabedo R ⁶²	Barcelona	2015-2016	• Sensación de hambre del RN (38,7%) • Decisión materna 34 (36,6%) • Hipogalactia (26,9%)	• Reincorporación laboral (47,1%) • Otras causas (mastitis, dolor, escasa ganancia de peso, poco soporte profesional o familiar) (25,5%)
Gil Urquiza ⁶³	Cantabria	2009-2017	• No consta	• No consta
Vila-Candel V ⁶⁴	Comunidad Valenciana	2012-2017	• Hipogalactia (21,8%) • Escasa ganancia de peso del RN (14,9%) • Decisión materna (12,5%)	• Estrés materno (7,9%) • Necesidad de descanso (6,9%) • Reincorporación al trabajo/ estudios (6,6%)

AUTOR	POBLACIÓN	PERIODO ESTUDIO	CAUSAS DE ABANDONO DE LA LM	
			PRECOZ	TARDÍA (>4 MESES)
López de Aberasturi A ⁶⁵	Vizcaya (País Vasco)	2016-2017	- Decisión materna - Escasa ganancia de peso del RN	Reincorporación al trabajo (63%)
Conde Puertas E ⁶⁶	Granada	2017-2019	No consta	- Reincorporación al trabajo - Falta de apoyo a la LM en el momento de la vuelta al trabajo
Suárez Gil P ⁴²	Asturias	1996	No consta	No consta
Mazó-Tomé PLD ⁶⁷	Oviedo (Asturias)	2015-2016	No consta	No consta
*PRESENTE ESTUDIO	Corvera de Asturias (Asturias)	2010-2019	Decisión materna (52.8%) Problemas con la LM (12.9%).	Causa laboral (22.6%)

Fuente: Elaboración propia.

Así, nos encontramos con que la decisión previa de la madre de no amamantar, principal causa de abandono precoz de la LM en nuestro estudio, en un 52% de la población a estudio, es un hecho coincidente en la mayoría de los estudios analizados^{46,48,52,52,58,62,64,65}.

Lo mismo ocurre con los problemas o dificultades con el inicio y/o mantenimiento de la LM, tales como la sensación subjetiva de escasa producción de leche de la madre o hipogalactia y/o la sensación de que el RN pasa hambre, en ocasiones relacionada con la preocupación por la escasa ganancia ponderal del mismo, presente en las madres de nuestro estudio en un 12,9% y que se repite en un gran número de los estudios analizados^{46,47,52,58,61,62} como causa de abandono precoz de la LM. Otros motivos que refieren las madres serían: enfermedad de la madre y/o del RN^{46,52,58}, abandono de la LM por consejo facultativo^{48,52,61}, falta de apoyo a nivel profesional y social pre y posparto^{51,54,55} y otros motivos (como incomodidad para la madre o motivos estéticos)⁵².

A partir de los 4 meses, las causas laborales (referidas a la reincorporación al trabajo, falta de apoyo a la LM en el momento de la vuelta al trabajo tras el

permiso maternal, y la corta duración del mismo) se encuentran como motivo principal de abandono tardío de la LM en todos los estudios analizados en los que se recogió ese dato^{46-48,50-52,54,55,58,60-62,64-66}, algo que también expresaron el 22,6% de las madres participantes en nuestro estudio.

Analizando de forma individual las causas de abandono de la LM en los primeros cuatro meses, nos encontramos que las madres frecuentemente refieren problemas con la LM, sin que reciban la información y el apoyo de personal sanitario especializado para poder superar los desafíos físicos, mentales, emocionales y sociales que puede suponer una lactancia prolongada²⁹¹⁻²⁹³. En este sentido sería recomendable un compromiso de los Servicios de Salud de apoyo a la lactancia a través del incremento de la certificación de centros acreditados por la IHAN para la adopción de prácticas que protejan, promuevan y apoyen la LME desde el nacimiento¹⁷⁷.

Otro de los factores que influye negativamente en la duración de la LM es la incorporación de la madre al trabajo^{44,51,58}, dato que coincide con otros estudios realizados que indican que el porcentaje mayor de abandonos se produce antes de los seis meses²⁹⁴ y abriendo el debate sobre la búsqueda de otras fórmulas diferentes para el cuidado de los niños en edades tempranas y la necesidad de aumentar los periodos de permiso laboral por maternidad/paternidad y LM al igual que lo han hecho otros países de la UE. En 2021 se igualó en España, por primera vez, el permiso por nacimiento y cuidado del menor para ambos progenitores, disfrutando ambos de las 16 semanas de prestación, contribuyendo así a una mayor igualdad de género y una menor discriminación hacia la maternidad. En la actualidad se está debatiendo en el Congreso la ampliación de dicho permiso por nacimiento hasta las 20 semanas para el 2024. De esta manera nos acercaremos poco a poco a países con permisos más amplios que España, como por ejemplo Noruega e Islandia, con permisos de entre 5 a 6 meses para cada progenitor y con unas de las mejores cifras de LME del mundo.

Son varios los estudios realizados en países como Nueva Zelanda, USA y el Norte de Europa, que reflejan que un permiso por nacimiento remunerado superior a 20-24 semanas favorece un mayor inicio y duración de la LM y un aumento significativo de la LME²⁹⁵⁻²⁹⁸.

Una revisión de la literatura científica, realizada en el año 2018, con una muestra total de 57.804 mujeres de seis continentes diferentes, demostró una relación positiva entre la duración del permiso laboral por maternidad y la duración de la LM. Tal es así, que los estudios que informaron de un permiso de más de 3 meses tras el parto tenían, en general, tres veces más probabilidades de mantener la LM que las mujeres que volvieron al trabajo antes los 3 meses del parto, que mostraron, de media, entre un 20% y un 40% más de probabilidades de interrumpir la lactancia. Además, las mujeres con permisos de 6 meses tenían también un 50% más de probabilidades de mantener la LM tras el sexto mes posparto²⁹⁹.

Por tanto, la combinación de iniciativas políticas que defiendan la conciliación familiar y apoyen la LM, como aumentar los permisos por nacimiento maternal/paternal, el permiso de lactancia y las reducciones de jornada o excedencias laborales, e iniciativas empresariales, como flexibilizar los horarios laborales, facilitar el teletrabajo y disponer de salas de lactancia en el lugar de trabajo, serían de gran utilidad para mejorar las cifras de LM³⁰⁰⁻³⁰³. Varios estudios recientes, publicados en 2017 y 2020, apoyan esta idea ya que concluyen que la implementación de políticas de apoyo a la LM en el lugar de trabajo podrían influir de manera positiva para la continuación de la lactancia una vez que las madres se incorporen al trabajo³⁰⁴⁻³⁰⁶.

A este respecto, el 1 de Agosto de 2023, dentro de los actos conmemorativos de la Semana Mundial de la Lactancia Materna (SMLM), cuyo lema fue “Hagamos que la LM en el trabajo funcione”, se llevó a cabo una reunión conjunta en Nueva York/Ginebra entre la OMS y UNICEF con el objetivo de poner el punto de

mira en la necesidad de brindar un mayor apoyo a la LM en el entorno laboral para mejorar y mantener las tasas de prevalencia de LM a nivel mundial³⁰⁷.

La conclusión principal del encuentro sería que el apoyo a la LM en el lugar de trabajo produce beneficios a las madres, los bebés y las empresas, y por eso UNICEF y la OMS piden a los gobiernos, los donantes, la sociedad civil y el sector privado que multipliquen sus esfuerzos para:

- Garantizar un entorno favorable a la LM para todas las madres trabajadoras mediante el acceso a descansos regulares para la lactancia y a instalaciones adecuadas que permitan a las madres seguir amamantando a sus hijos una vez que se reincorporen al trabajo.
- Proporcionar permisos retribuidos suficientes a todos los padres, madres y cuidadores que trabajen con el fin de que puedan atender a las necesidades de sus hijos e hijas menores. Esto incluye un permiso de maternidad retribuido de 18 semanas como mínimo, preferentemente durante un periodo de seis meses o más después del nacimiento.
- Aumentar las inversiones en políticas y programas de apoyo a la LM en todos los entornos, incluyendo una política y un programa nacionales que regulen y promuevan el apoyo de los sectores público y privado a las mujeres con LM en su entorno laboral³⁰⁷.

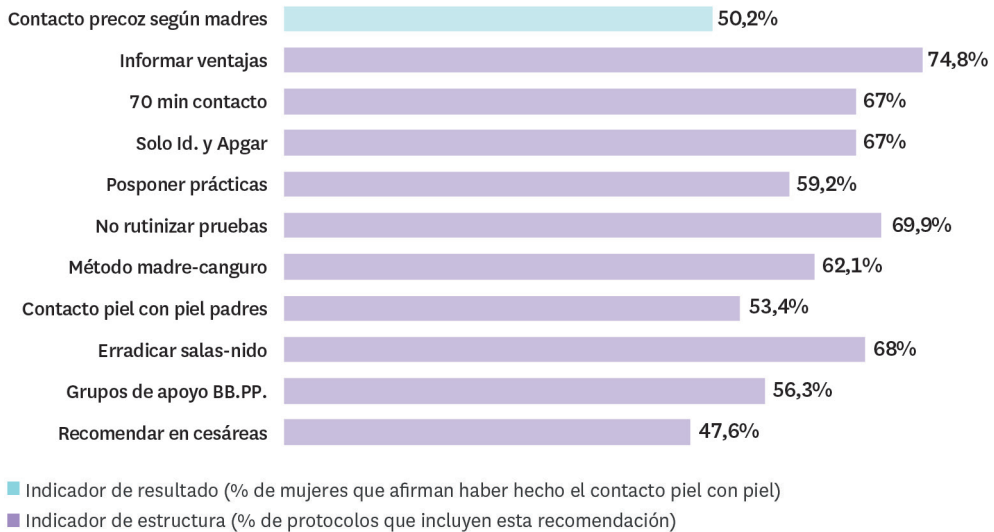
El momento de las primeras tomas del bebé es de suma importancia para el buen éxito de la LM y puede verse afectado por diferentes factores asociados a la asistencia sanitaria, como el **tipo de parto**^{45,46,50,52,54,65,67}, los **profesionales que atienden y asesoran a la mujer** durante el mismo y la estancia hospitalaria^{42,62}, el **contacto “Piel con Piel”** entre madre y RN⁶⁷, la administración de **LM precoz**^{42,45-47,53,56,62,63,65} y la **educación maternal previa recibida sobre LM**^{46,47,49,55,56,59,61,65,308}. El parto por cesárea es uno de los factores que diferentes estudios^{309,310} asocian con el abandono precoz de la LM y que, en ocasiones, conlleva patología de la madre o del RN^{55,57,67} (gestación gemelar, bajo peso y/o

prematuridad) y, por tanto, la separación de ambos en las unidades neonatales y un retraso en la lactopoyesis.

La asistencia a talleres sobre lactancia se asocia al aumento del amamantamiento y a una mayor duración del mismo⁵¹. En este sentido, cobra especial importancia el papel de las matronas tanto en el ámbito de la AP, a través de los talleres prenatales y las primeras visitas en el puerperio, como en los centros hospitalarios, antes, durante y después del parto, facilitando el contacto “piel con piel” durante las dos primeras horas de vida del bebé, elemento claramente favorecedor de la LM y el vínculo materno filial^{311,312}. Aunque su práctica en los hospitales asturianos se ha extendido en los últimos años, y se contempla incluso con el padre cuando a la madre no le es posible, sigue siendo una asignatura pendiente en muchos hospitales y son pocos los que consiguen implantar el “piel con piel” tras un parto por cesárea.

Los datos que ofrece el último Informe de evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del SNS, de 2012, indican que la actuación asistencial no se corresponde con la recomendación de la estrategia; solo el 50,02% de las madres afirman haber realizado contacto precoz, un resultado que aleja la práctica clínica del estándar recomendado (mayor o igual al 80% de los partos)³¹³. Además, si entramos en materia de contacto precoz en caso de cesárea, no se considera ésta un motivo de exclusión, por lo que el resultado de este indicador incluye también las respuestas de las mujeres que tuvieron partos por cesárea. Si relacionamos estos datos con los resultados del cuadro siguiente de “Resultado de los indicadores de cumplimiento de las recomendaciones de la EAPN” (Figura 19) encontramos que solo un 47,6% de los protocolos incluyen esa recomendación, un hecho en el que habrá que incidir en sucesivos ciclos de implantación de la EAPN³¹³.

Figura 19: Resultado de los indicadores de cumplimiento de las recomendaciones de la EAPN 2012



Fuente: Informe de evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Sistema Nacional de Salud, de 2012³¹³.

Nuestro estudio presenta limitaciones como la calidad en los registros. Por un lado, la variabilidad de los profesionales que cumplimentan los datos conlleva cierta heterogeneidad y, por otro, existen campos con bajas tasas de cumplimentación que nos impiden conocer, por ejemplo, variables como el índice de masa corporal (IMC) del RN, el nivel educativo de la madre o su experiencia previa en amamantamiento. Como consecuencia de ello, no podemos conocer factores señalados en varios estudios a nivel nacional, como favorecedores de la LM, como el peso del RN entre 2500-4500 gr^{45,52,53,55,57}, el nivel alto de estudios maternos (Educación Secundaria Obligatoria (ESO) o Universitaria)^{42,45-50,54,59,61,63}, la experiencia previa positiva en amamantamiento^{47,49,50,52,56,61,63} o el hecho de que la madre haya sido amamantada al nacer⁵³. Adicionalmente, la coexistencia de dos bases de datos diferentes para hospital y AP acarrea en algunos casos pérdida o duplicidad de registros. Sin embargo,

tiene una importante ventaja, ya que al tratarse de registros poblacionales permite perfilar la realidad de la mayor parte de la población y poner en valor el trabajo de los profesionales sanitarios que atienden el embarazo, parto y primeros meses de vida.

No obstante, sería deseable que la Cartera de Servicios del SNS y los Servicios de Salud de todas las CCAA incluyeran un sistema de registro unificado de las variables de inicio, mantenimiento y duración de la LM, basado en las recomendaciones e indicadores de la OMS¹⁷⁴, con el fin de poder obtener en el futuro estadísticas fiables y comparables y realizar una correcta vigilancia epidemiológica.

Dadas las ventajas que aporta la LM, el objetivo ha de ser mejorar las cifras de prevalencia de inicio y mantenimiento de la misma. Para conseguirlo, es necesario seguir realizando estudios de forma estandarizada en nuestro medio, con el fin de conocer las causas que motivan el abandono precoz de la LM y que posibiliten la puesta en marcha, por parte de las autoridades sanitarias, de planes estratégicos para la promoción, protección y apoyo de la misma en los centros sanitarios y el compromiso de los profesionales en la formación y cumplimiento de buenas prácticas en LM³¹⁴.

Las conclusiones de nuestro estudio muestran que una adecuada educación maternal ejerce un efecto positivo en la duración y mantenimiento la LM, OR=3,48 (9,43-19,73), coincidiendo en los resultados de varios estudios realizados a nivel nacional^{46,47,49,55,56,59,61,65,315}. Asimismo, la asistencia a GALM también se asocia en varios estudios a una mayor prevalencia en LM^{58,59,65}. Por tanto, proporcionar a las mujeres que desean amamantar un espacio de información, empoderamiento y apoyo entre iguales, durante el embarazo, parto y puerperio, podría ser una herramienta eficaz para conseguir una LM exitosa.

En este sentido, los profesionales de enfermería tenemos un papel importante y debemos adaptarnos a las nuevas demandas, especialmente en tiempos de

pandemia. Cada vez son más las iniciativas que contemplan la inclusión del uso de las TIC y las apps sobre LM en nuestra práctica diaria, como un instrumento más de intervención comunitaria²⁷¹.

Los estudios de revisión consultados ponen el énfasis en las ventajas que supondría el uso de la Web 2.0 en la relación de los profesionales sanitarios con la sociedad y la incorporación en su labor asistencial para procurar una atención integral y de calidad a la ciudadanía, en general, y a las madres lactantes, en particular^{253,254-257}. Asimismo, podrían facilitar a su vez la continuidad de cuidados y el establecimiento de espacios virtuales donde compartir experiencias y consejos entre madres, familiares y profesionales sobre la LM mejorando las tasas de prevalencia de la misma^{275,276}.

Para concluir, debemos recordar que la propia OMS promulga que los organismos e instituciones sanitarias deberían aunar sus esfuerzos para diseñar políticas y programas que trabajen sobre el campo de la e-Salud, invirtiendo en la formación de los profesionales sanitarios y garantizando un asesoramiento correcto, de fácil acceso para las madres, siendo la Web 2.0 o la Lactancia Materna 2.0 el mejor escenario posible para conseguir dicho objetivo^{251,261}.

5

La lactancia materna 2.0



5.1. INTRODUCCIÓN

Un dato muy relevante en cuanto al uso de tecnología móvil es el número de personas que utilizan y acceden a la Red desde sus dispositivos móviles (teléfonos y tabletas electrónicas), lo que ha obligado a empresas y desarrolladores a adaptar sus contenidos a estos nuevos hábitos de consumo de información. Por este motivo nuestro estudio se centra en las apps como herramientas de mayor crecimiento de uso en las últimas décadas, tanto para la búsqueda de información sobre temas de salud en general como de LM en particular.

5.1.1. Aplicaciones móviles: Definición, historia y desarrollo

La **definición** más acertada de una *aplicación móvil* es la del IBM Knowledge Center, como “aquel software desarrollado específicamente para su uso en dispositivos informáticos pequeños e inalámbricos, como teléfonos inteligentes o tabletas”³¹⁶.

Las aplicaciones móviles o apps se clasifican en dos categorías, aplicaciones basadas en la Web y nativas, que se crean específicamente para una plataforma determinada. Una tercera categoría, serían las aplicaciones híbridas, que combinan elementos de aplicaciones nativas y basadas en la Web. Todas ellas están formuladas para satisfacer las necesidades del usuario móvil. No existe una mejor solución única: cada tipo tiene fortalezas y debilidades. La elección de uno frente al otro depende de los requisitos del proyecto de la organización³¹⁶:

- Las aplicaciones móviles nativas son las que se desarrollan específicamente para cada sistema operativo (iOS®, Android® o Windows Phone®) adaptando a cada uno el lenguaje con el que se desarrolla: lenguaje Objective-C® o Swift® para iOS®, Java® para Android®, y .Net para Windows Phone®. Es decir, hay que realizar el desarrollo de aplicaciones móviles para cada plataforma. Entre las ventajas de este

tipo de aplicaciones destacan que aprovechan las funcionalidades del dispositivo y que pueden funcionar sin conexión a Internet. Además, están presentes en Apple Store® y en Google Play®, por lo que, hablando en términos de marketing, ganan en visibilidad. Sin embargo, el desarrollo y las actualizaciones de estas aplicaciones son costosos. Un ejemplo de app nativa es WhatsApp® (Meta Platforms Inc, 2009).

- Las aplicaciones móviles web se desarrollan con lenguaje Javascript®, CSS® o HTML®. A diferencia de las aplicaciones nativas, la aplicación web es compatible, se adapta, a cualquier sistema operativo, por lo que no tiene que desarrollarse una app para cada uno como sucede con el caso anterior. Asimismo, se adapta al navegador móvil utilizado por el dispositivo. El desarrollo de este tipo de app es más económico que el anterior. Sin embargo, como inconveniente destaca que no funciona sin conexión a Internet.
- Las aplicaciones híbridas combinan aspectos de las aplicaciones nativas y de las aplicaciones web según más convenga. Por un lado, se desarrollan bajo lenguaje Javascript®, CSS® o HTML®, al igual que las apps web, lo cual permite la adaptación a cualquier sistema operativo; y, por otro lado, como sucede con las apps nativas, permiten el acceso a las funcionalidades del dispositivo. Un ejemplo de app híbrida es Instagram® (Lancetalent, 2014).

Si hablamos del **nacimiento de las apps** tenemos que remontarnos hasta 1987, cuando se desarrolla el primer lenguaje de programación para la creación de apps, el “Perl”. Pero fue en 1995 cuando Rasmus Lerdorf creó el lenguaje PHP® lo que produjo el despegue del desarrollo de las apps. Unos meses más tarde, Netscape®, el navegador web más antiguo y popular, anunció una nueva tecnología, JavaScript®, que permitió cambiar a forma dinámica el contenido de una página Web que había sido hasta el momento un texto estático, posibilitando el desarrollo de apps más interactivas para los usuarios³¹⁷.

Durante los tres años siguientes se lanzaría Hotmail®, el primer servicio de correo en línea, la plataforma Flash®, que añadió contenido para sitios web y apps más interactivo y se emitiría por primera vez una noticia a través de Internet, pasando a considerarse éste un medio más de comunicación. En 1998, Google® desarrollaría su primer motor de búsqueda en línea facilitando enormemente la búsqueda de información en Internet y, a principios de 2001, Wikipedia® se lanzaría como la primera enciclopedia en línea tradicional³¹⁷.

En 2003, nacería el medio de comunicación social MySpace® que sería el pistoletazo de salida para otras aplicaciones tan conocidas y utilizadas en la actualidad como YouTube®, Facebook® o Twitter® (ahora X®)³¹⁷.

El nacimiento del iPhone®, en el año 2007, y la llegada de los markets de aplicaciones móviles de la mano de Apple® primero y, poco después, de Android®, fueron sin duda responsables de la revolución de las plataformas móviles y las apps. Así, el mercado crece y evoluciona a pasos agigantados, permitiendo a los desarrolladores entrar en el mercado digital y otorgar nuevas apps y experiencias a los usuarios.

El impacto de las apps para permitirnos realizar actividades cotidianas, buscar, transmitir y recibir información entre las personas es innegable, siendo los desarrolladores de apps de hoy en día los que están dando forma a nuestro futuro digital del mañana. Nos espera un mundo conectado a Internet, mediante apps cada vez más perfectas, cada vez más inteligente e interconectado.

5.1.2. Las aplicaciones móviles relacionadas con la salud

Las apps móviles se han convertido en omnipresentes en muchos aspectos de nuestras vidas en los últimos años, impulsadas por la disponibilidad generalizada y creciente de tabletas y teléfonos inteligentes. Decenas de miles de apps médicas, de salud y bienestar son descargadas de markets o tiendas

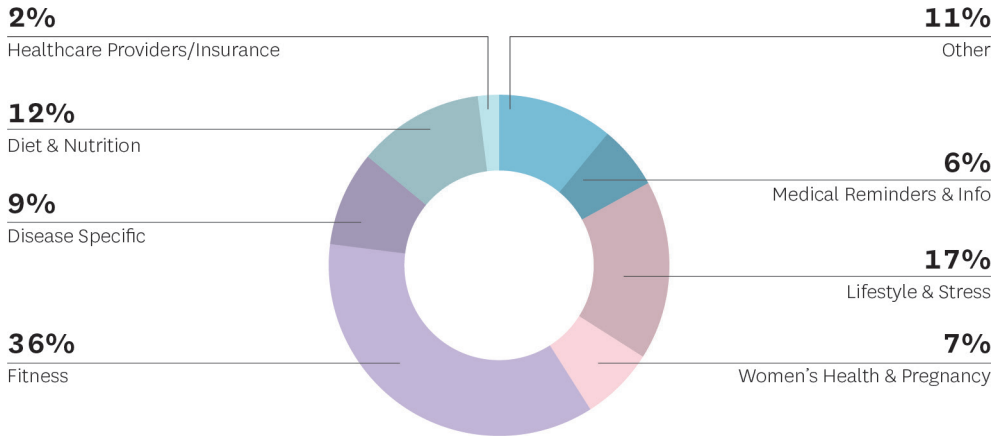
en línea para dispositivos Apple® o Android® a diario. Aprovechar el potencial de estas apps para la atención sanitaria se ha convertido en un foco de innovación para todos los sistemas sanitarios, pudiendo ser utilizadas por los usuarios o pacientes como parte de sus planes de bienestar, prevención o tratamiento, constituyendo una puerta de entrada a que la población se implique más en el cuidado de su salud y reciba una atención sanitaria de forma más eficiente.

Aunque las apps despiertan un gran interés en la ciudadanía en general y en profesionales sanitarios, aún no se ha generalizado su uso en el ámbito de la salud e incluso siguen considerándose grandes desconocidas.

En el año 2015 el Intercontinental Medical Statistic (IMS) - Institute for Healthcare Informatics, una de las mayores instituciones encargadas de evaluación tecnológica en salud en EE.UU., actualizó su estudio sobre las apps de salud realizado en 2013 e informó que la mayor parte siguen centrándose en las áreas de dieta, ejercicio y bienestar. Pero es interesante destacar que ya una cuarta parte de las apps se ocupaban de la gestión de enfermedades y tratamientos, lo que pone de manifiesto un interés creciente en el uso de apps para la gestión de enfermedades crónicas. De entre estas últimas, podríamos diferenciar a su vez diferentes utilidades: enfermedades específicas: destacan las dedicadas a la salud mental, diabetes, corazón y sistema circulatorio, sistema músculo esquelético y nervioso; embarazo y salud materno-infantil; información sobre medicamentos y recordatorios; servicios de salud y aseguradoras y otros usos (Figura 20)³¹⁸.

El estudio de IMS también analizó sus características y funcionalidad, encontrando que el 50% del total tenían una funcionalidad limitada, y la mayoría sólo ofrecía información y solamente una de cada diez apps tenía la capacidad de conectarse a un dispositivo o sensor, lo que mejoría la precisión y la comodidad de los datos recogidos³¹⁸.

Figura 20: Principales usos de las aplicaciones móviles de salud, Junio 2015



Fuente: IMS Institute for Healthcare Informatics ³¹⁸.

Otras conclusiones del estudio de 2015 fueron³¹⁸:

- La capacidad de las apps para conectarse a las redes sociales había aumentado un 8%.
- De las principales apps de salud móvil, el 65% se conectaba a las redes sociales.
- La conectividad de los consumidores con los sistemas sanitarios de los proveedores seguía siendo limitada, ya que solo el 2 % disponía de esta función.
- El número y la variedad de apps disponibles suponían una oferta abrumadora para los consumidores y, sin la orientación de su proveedor de atención sanitaria, los pacientes podían elegir las apps más populares o probar varias para determinar por sí mismos cuál es la mejor aplicación para su situación particular lo que suponía un gran riesgo.
- Los profesionales sanitarios mostraban un interés creciente por las apps y más de un tercio de los médicos recomendaban apps de salud móvil a sus pacientes. Aunque se estaba ampliando el conjunto de pruebas para respaldar el uso fiable de apps sanitarias móviles para mejorar los resultados sanita-

rios, la evaluación de los resultados de estas pruebas desde una perspectiva cuantitativa, cualitativa y de seguridad seguía siendo limitada.

En la actualidad, las apps de salud, se han convertido en una poderosa fuerza disruptiva en el campo de la atención sanitaria transformando las formas de atención tradicional y ofreciendo a la población la posibilidad de tomar un papel activo en el cuidado de su salud.

En la última década, hemos experimentado un aumento exponencial en la cantidad de usuarios que recurren a estas apps en busca de apoyo y orientación en temas de salud.

Para comprender la verdadera magnitud de este fenómeno, solo hay observar las cifras recopiladas en el informe “mHealth Apps Market Size, Share & Trends Analysis Report By Type By Region and Segment Forecasts, 2023 - 2030” de la Consultora de estudios de mercado internacional Grand View Research (GVR) del año 2023, donde se refleja la creciente relevancia y tendencia al alza de la demanda de apps de salud (Figura 21)³¹⁹.

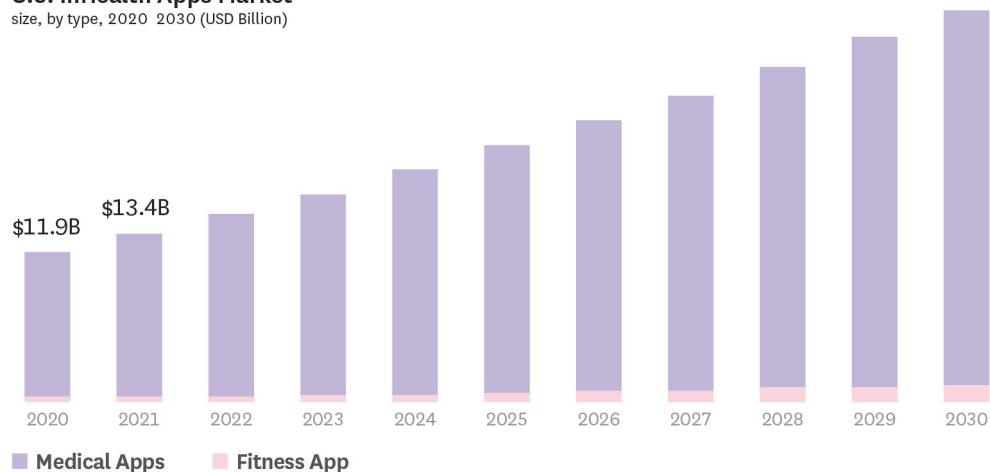
El tamaño del mercado mundial de aplicaciones de mHealth se estimó en el año 2022 en 43.5 billones de dólares y se espera una tasa de crecimiento anual del 11,6 % de 2023 a 2030. Como factores clave de este aumento señala la creciente adopción de aplicaciones relacionados con la salud de las personas y para mejorar la salud general de los pacientes que utilizan teléfonos inteligentes, el aumento de la penetración de Internet y los teléfonos inteligentes y la creciente conciencia para mantener la salud física y la mejora del estilo de vida³¹⁹.

Otros datos relevantes del informe son los siguientes³¹⁹:

- El crecimiento en el uso de apps de salud por parte de las organizaciones gubernamentales, debido a los beneficios que aportan en el seguimiento y la

Figura 21: Tendencia de crecimiento del mercado de apps de salud, periodo 2020-2030

U.S. mHealth Apps Market
size, by type, 2020 - 2030 (USD Billion)



Fuente: Informe "mHealth Apps Market Size, Share & Trends Analysis Report By Type By Region and Segment Forecasts, 2023 - 2030", Grand View Research (GVR)³¹⁹.

mejora de las condiciones de salud y estilo de vida de los usuarios, acelerará el crecimiento de las apps a lo largo de los años.

- Durante la pandemia de Covid-19 se produjo un aumento de la utilización de aplicaciones de sanidad móvil, debido a que el gobierno y las instituciones sanitarias promovieron el uso de apps de salud para la formación, la autogestión de los síntomas, el intercambio de información, el rastreo de contactos, la evaluación de riesgos, la monitorización domiciliaria y la toma de decisiones para gestionar la pandemia.
- El aumento del número de apps de salud y la mejora de la calidad de las mismas por parte de los desarrolladores impulsan el crecimiento del mercado de la sanidad móvil. Por ejemplo, según las estadísticas citadas por IQVIA en un artículo publicado por Medical Device Network en 2021, hay más de 350.000 aplicaciones digitales de salud disponibles en las tiendas de aplicaciones.

- El creciente interés de los usuarios por utilizar apps para la gestión de enfermedades crónicas y de los profesionales de la salud para recomendar apps para una mejor atención al paciente es también otro factor que se prevé que impulse aún más la adopción de las apps de salud a lo largo de los años.
- Por el contrario, los problemas de privacidad y de seguridad de los datos son los principales obstáculos para el crecimiento del mercado de la sanidad móvil. Los accesos a información sensible, las violaciones de datos, los problemas de piratería informática y la instalación automática de programas maliciosos son algunas de las principales preocupaciones que se cree que impedirán el crecimiento del mercado.

Para finalizar, una de las funciones principales de las apps de salud es la capacidad de ofrecer un seguimiento personalizado de la salud permitiendo a los usuarios registrar una amplia variedad de datos relacionados con su salud y contrastarlos con los profesionales sanitarios. La utilidad de esta función radica en su capacidad para ofrecer a los usuarios un mayor conocimiento y control sobre su estado de salud, empoderándolos para tomar decisiones informadas y proactivas.

5.1.2.1. Aplicaciones móviles de salud y empoderamiento

Si el impacto de las apps es obvio en el ámbito de la salud, su capacidad para empoderar a las personas en la gestión de su salud y estilo de vida es evidente. A medida que las apps continúan evolucionando y desarrollándose, están destinadas a desempeñar un papel cada vez más importante en la forma en que las personas se cuidan y se relacionan con los profesionales de la salud.

El término **“empowerment”**, traducido al castellano como **“empoderamiento”**, nació en EE.UU en la década de los setenta como consecuencia de las revueltas por los derechos civiles, vinculados a ideologías sociales y políticas que denunciaban una opresión y reclamaban la equidad³²⁰.

Así, en 1977, la primera persona que utiliza este concepto es Julian Rapport y la define como *“el proceso por el que las personas, las organizaciones y las comunidades adquieren o mejoran su capacidad de control sobre sus vidas”*³²¹.

Posteriormente, en el año 2010, la OMS proclama su propia definición de empoderamiento como *“el proceso de vencer una situación de impotencia y adquirir control sobre la propia vida. Este proceso consta de cuatro pasos: autoconfianza; participación en las decisiones; dignidad y respeto; y pertenencia y contribución a una sociedad más plural”*³²⁹.

En los últimos años, aparece el término de **“paciente empoderado”** como aquel paciente con capacidad para tomar decisiones, satisfacer sus necesidades y resolver problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida y su salud. Y todo ello se consigue, en un primer término, con el conocimiento. Un paciente empoderado ha de ser un paciente informado y formado, debe disponer de las nociones suficientes para entender su enfermedad y su tratamiento y sentirse capaz de llevarlo a cabo³²³.

El paciente empoderado tiene mayor capacidad para analizar y decidir, para hacer frente a problemas que puedan ir surgiendo, aplicando esos conocimientos adquiridos; pero para ello, necesita disponer de información adecuada y fiable, que le asegure un verdadero conocimiento de la situación; lo que podríamos denominar **“paciente bien informado”**³²⁴.

Esta responsabilidad les corresponde a los profesionales de la salud, debiendo colaborar en ofrecer los mejores conocimientos y las habilidades (mediante la recomendación de enlaces webs o apps útiles, fiables y de calidad demostrada) para que el ciudadano sea capaz de escoger entre las mejores opciones posibles y contribuya realmente a mejorar su conocimiento^{323,324}.

5.1.2.2. Aplicaciones móviles de salud y Lactancia Materna 2.0

La producción científica de investigaciones centradas en las apps de salud y el fomento de la LM es escasa y obsoleta en el tiempo, en un campo que está en continuo cambio y expansión. A pesar de ello, son varios los autores que han investigado en los últimos años sobre la eficacia de las intervenciones en Salud 2.0 y el aumento en el inicio y duración de la LM, así como con su efecto positivo en la autoeficacia y satisfacción maternas³²⁵⁻³²⁶.

Un ensayo clínico aleatorizado de 2019, con una población a estudio de 80 madres lactantes primerizas residentes en Urmia (Irán), evaluó la efectividad de una intervención educativa a través del diseño de una app móvil para la mejora de los problemas con la LM en lactantes menores de seis meses y demostró un impacto positivo en el conocimiento sobre LM, ($p < 0,001$), y una autoeficacia materna significativamente mayor, ($p < 0,001$), en el grupo intervención (educación mediante la app móvil y atención rutinaria) frente al grupo control (solo atención rutinaria). El instrumento de medida fue un cuestionario de dos partes, la primera basada en la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) para conocer la autoeficacia materna, y la segunda parte diseñada a partir de los contenidos de la app para medir los conocimientos, aptitudes y la práctica de la LM.

El estudio concluyó que las intervenciones educativas basadas en apps móviles deben ser estudiadas y evaluadas en futuros estudios para poder implementarlas como un recurso educativo más en la práctica diaria³²⁵.

En un metaanálisis reciente, que incluyó un total de 15 estudios con un tamaño total de muestra de 4.366 participantes, que analizó intervenciones de salud móvil en LM, como llamadas telefónicas, mensajes de texto y apps interactivas, desde 1966 a 2020, se concluyó que las intervenciones de salud móvil pueden mejorar la tasa de LME posparto (OR=3,18; IC del 95%: 2,20-4,59; $p < 0,001$) y la autoefi-

cacia de la LM (diferencia (MD)= 8,15; IC del 95%= 3,79-12,51; $p=0,002$), reducir los problemas de salud infantil (OR=0,62; IC del 95%=0,43-0,90; $p=0,001$), y mejorar la actitud materna hacia la LM, en comparación con la atención habitual (MD=3,94; IC del 95%=1,95-5,92; $p<0,001$). Asimismo, concluyó que sería factible alentar a las madres y los profesionales sanitarios a animarse al uso de estas herramientas 2.0³²⁶.

En 2020, una revisión de alcance realizó un análisis de las apps individuales de LM y la literatura sobre apps de LM para mapear la evidencia disponible sobre el apoyo a la LM en madres afroamericanas. La calidad de los estudios encontrados fue generalmente alta pero la investigación centrada en aplicaciones de LM específicas para madres afroamericanas fue limitada y tan solo 3 estudios de los 15 examinados informó de la eficacia de las apps para el apoyo a la LM y su mantenimiento hasta los seis meses, lo que objetivó un vacío significativo en la literatura y la necesidad de seguir investigando sobre el tema³²⁷.

Varios autores se han centrado en investigar acerca de la calidad y el contenido de las apps de LM³²⁸⁻³³⁰. Un estudio, realizado en EE.UU en 2017, analizó las características principales de 53 apps móviles relacionadas con el apoyo suministrado a la LM, informando de que la mayoría eran de carácter informativo y que presentaban deficiencias en cuanto a la posibilidad de personalización e interactividad con la herramienta, lo que dificultaba por ejemplo el apoyo emocional en línea o la valoración de problemas³²⁸.

Otra investigación estadounidense de 2019, evaluó el contenido educativo de 41 apps sobre la producción de leche materna y las imágenes disponibles en la app que representaban la experiencia de la LM. Solo 7 apps ofrecían contenido educativo relacionado con la producción de leche y contenían características de apoyo a la autoeficacia materna con imágenes de alta calidad con diversos cuidadores. El resto presentaba bajas puntuaciones en cuestiones de contenido y de calidad. Concluyó, por tanto, que las familias, especialmente los de grupos

minoritarios o de bajos ingresos, tenían opciones limitadas para seleccionar una aplicación de LM adecuada³²⁹.

Por último, un estudio desarrollado en Australia en 2018-2019, evaluó sistemáticamente la información y la calidad de las apps que proporcionan información sobre la LM, la alimentación con fórmula, la introducción de alimentos sólidos y el juego infantil, basándose en las Directrices de Alimentación Infantil del Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica de Australia. De las 47 apps evaluadas, 11 tenían afiliaciones profesionales como desarrolladores. La calidad de las apps sobre la alimentación y la actividad infantil fue evaluada como moderada en función de las mediciones objetivas de compromiso, funcionalidad, estética e información de una fuente confiable. La calidad general de la información sobre la alimentación y la actividad infantil fue evaluada como deficiente, indicada por la baja cobertura de los temas y la información incompleta o parcialmente completa. Las áreas clave para la mejora, propuestas por los autores, consistían en proporcionar apps con información basada en la evidencia científica apoyadas y desarrolladas por profesionales de la salud que puedan garantizar que los padres reciban recursos confiables y de calidad³³⁰.

Pocos estudios han tenido en cuenta las experiencias de las usuarias o los beneficios percibidos del uso de aplicaciones de salud maternoinfantil desde la perspectiva del consumidor. Tan solo una investigación del año 2019, evaluó con metodología cualitativa las experiencias autoinformadas de los usuarios con aplicaciones de salud maternoinfantil los beneficios percibidos y los comentarios generales mediante el análisis de las reseñas de los usuarios disponibles públicamente en los mercados de apps. Las principales conclusiones del estudio fueron que los usuarios valoran con mayor puntuación las apps gratuitas o de bajo costo, con contenido de alta calidad, características superiores, aspectos técnicos mejorados e interfaces fáciles de usar. Los usuarios también prefieren una alta capacidad de respuesta por parte del desarrollador ya que les ofrece la oportunidad de participar e interactuar con la herramienta³³¹.

Estos hallazgos pueden ser beneficiosos para los profesionales sanitarios en nuestro papel de diseño y desarrollo de las mejores apps posibles, ya que actualmente no existen directrices de buenas prácticas para el entorno de aplicaciones en general y de LM en particular. Asimismo, debemos considerar el uso de apps móviles como un recurso más para la educación sanitaria y el fomento de la LM.

5.2. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE APLICACIONES MÓVILES DE SALUD EN LACTANCIA MATERNA Y RECOMENDACIONES DE USO

5.2.1. Introducción

La pandemia por Covid-19 demostró el rol crítico que cumplen las nuevas tecnologías digitales en los diversos ámbitos de la vida³³². Estas herramientas fueron esenciales para paliar los efectos de la crisis sanitaria generada y facilitar el acceso a diversos servicios de salud, entre ellos, la atención a las mujeres embarazadas y el apoyo a la LM.

En el año 2018 realizamos y publicamos un primer estudio mixto descriptivo de las apps existentes sobre LM en Internet²⁷¹. El objetivo de dicha investigación fue analizar su contenido y sus características principales y reflexionar sobre sus indicaciones como herramientas en salud comunitaria para la promoción de la LM.

Tras cuatro años del estudio inicial, en el año 2022, y con la pandemia por Covid-19 de por medio, nos planteamos un nuevo trabajo con el objetivo de conocer la evolución de las apps sobre LM desde el periodo inicial a estudio y analizar la evolución del número de descargas y de los contenidos de las mismas para evaluar su posible usabilidad como herramientas en salud 2.0 para la promoción de la LM, en una situación en la que ha sido imposible la atención presencial de las mujeres lactantes en los centros sanitarios.

5.2.2. Metodología

Se llevó a cabo a cabo una revisión que incluyó un enfoque sistemático paso a paso en varias fases:

5.2.2.1. Búsqueda de apps en Internet, en las plataformas App Markets, App Store® y Google Play®

Se utilizó para ello la palabra clave “Lactancia Materna” y se incluyeron los siguientes criterios de inclusión: idioma castellano y disponibilidad hasta el 01/10/2018 (el único criterio de exclusión fue, por tanto, que la app no estuviera disponible en idioma castellano). En el estudio post pandemia se utilizaron los mismos criterios de inclusión ampliando la búsqueda hasta el 31/12/2021.

5.2.2.2. Evaluación y clasificación de las apps según su contenido por categorías

Se realizó una primera clasificación de las apps según las siguientes categorías: sistema operativo (Android®, iOS®, Windows®), desarrollador (No profesional: madres, empresas software, otros; profesional: medicina/pediatría/enfermería, asociación profesional, estudiantes de Medicina, Consultoras Internacionales de Lactancia IBCLC), país de origen (Europa, especificando las de origen español, Norteamérica, Sudamérica, Asia, Oceanía), población diana (madres/padres, solo madres, madres/padres/profesionales/miembros de grupos de apoyo a la LM/cuidadoras/es, profesionales, menores de 12 años), indicaciones u objetivos de la app (información, monitorización, información y monitorización), feedback (posibilidad de interacción con la plataforma) y gratuidad (si/no).

Para cada categoría se discriminaron una serie de subcategorías respondiendo a las características descriptivas aportadas por los distintos desarrolladores y vinculados directamente con los temas principales seleccionados de antemano, lo cual nos permitió hacer manejable el cúmulo de información recogida durante la investigación y presentar los resultados en función de los objetivos propuestos.

5.2.2.3. Análisis cualitativo de la categoría *Objetivos de la app*

Posteriormente, se llevó a cabo el análisis e interpretación del contenido de la variable *objetivos de la app* utilizando metodología cualitativa, con un enfoque descriptivo, creando tres subcategorías para el estudio en profundidad de su contenido: información, monitorización y otros temas sobre LM (libros/revistas, entretenimiento /juegos/ocio, eventos, mapeo/recursos de lactancia, páginas web de profesionales y asociaciones de apoyo a la LM).

5.2.2.4. Análisis cuantitativo de las métricas clave de las apps y su evolución en el tiempo

Y finalmente, mediante metodología cuantitativa, se llevó a cabo el análisis de las siguientes variables: lanzamiento de apps por año; número de descargas y precio de las apps de pago, métricas representativas todas ellas del comportamiento de los usuarios de las tiendas de apps, con el objetivo de conocer su evolución en el periodo de estudio.

5.2.3. Resultados

Se encontraron, a fecha de 31 de Diciembre de 2021, un total de 340 apps sobre LM, de las cuáles 213 cumplían los criterios de inclusión (superando en un 46% la cifra de las 146 analizadas en el estudio preliminar) (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis descriptivo de apps sobre lactancia materna en español por categorías. Comparativa periodos 2009-2018 y 2009-2021

	2009-2018		2009-2021	
	N	%	N	%
Total de apps encontradas	146	100	213	100
Sistema Operativo:				
Android	106	72,6	143	67,14
iOS	39	26,7	69	32,39
Windows	1	0,68	1	0,47
Creador/desarrollador:				
No profesional (madres, empresas software, otros)	141	96,6	185	86,85
Profesional	5	3,4	28	13,15
Medicina/Pediatría/Enfermería	2	1,4	12	5,63
Asociación Profesional	1	0,7	6	2,82
Estudiantes de Medicina	1	0,7	4	1,88
Consultoras Internacionales de Lactancia (IBCLC)	1	0,7	6	2,82
Lugar de Origen:				
Europa	87	59,58	123	57,74
España	51	34,93	75	35,21
Norteamérica	35	23,97	40	18,78
Sudamérica	15	10,27	29	13,62
Asia	9	6,16	20	9,39
Oceanía	0	0	1	0,47
Población a la que va dirigida:				
Madres/padres	73	50	100	46,95
Madres	59	40,41	76	35,68
Madres/padres/profesionales/grupos de apoyo/cuidadores	9	6,16	24	11,27
Profesionales	3	2,05	10	4,69
Menores de 12 años	2	1,36	3	1,41
Objetivos de la aplicación (categorías de análisis):				
Monitorización	71	48,63	93	43,66
Información	50	34,24	90	42,25
Otros	15	10,27	17	7,98
Información y monitorización	10	6,48	13	6,10
Feedback	21	14,38	43	20,19
Gratuidad	134	91,78	190	89,20

Fuente: Elaboración propia.

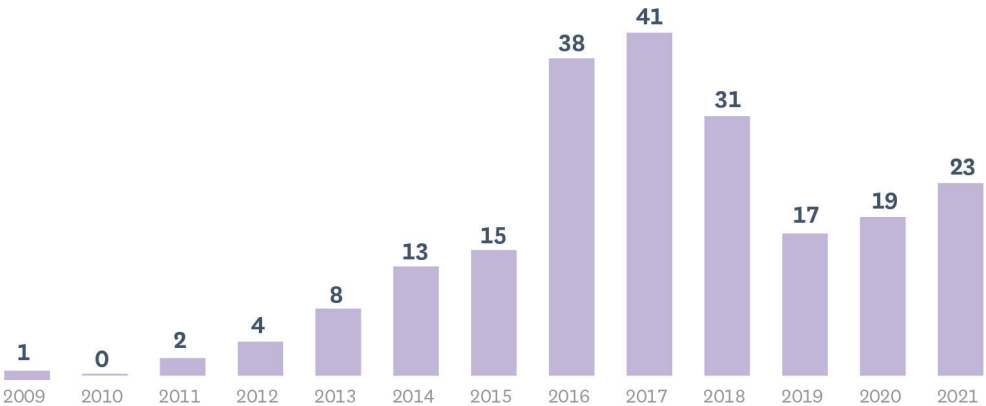
Como hallazgos principales encontramos que en los últimos años se ha duplicado la producción de apps sobre LM y la media de descargas del conjunto es de 231.812,098, el triple desde el análisis inicial (n=85.035). También es interesante el aumento del porcentaje de desarrolladores profesionales (medicina, pediatría y enfermería), pasando de un 3,4% a un 13,15%.

La mayoría de las apps van dirigidas a madres/padres, obteniendo una cifra similar en ambos periodos (50% y 46,95%). Predominan igualmente las de carácter gratuito (91,8% y 89,90%) y ha subido el precio medio de las de pago de 2,33 a 11,65 euros. En cuanto al feedback con la aplicación se ha pasado del 14,40% al 20,19%, lo que podría deberse a la necesidad de interacción social debida al confinamiento y al crecimiento exponencial de la vida virtual en tiempos de pandemia.

El crecimiento en términos de lanzamiento (número de apps por año) se refleja en la figura 22, donde vemos un importante ascenso en el año 2016, alcanzando el pico máximo de crecimiento en 2017. Esto es debido a que el mercado móvil dio un fuerte impulso entre los años 2016 y 2017 y experimentó un crecimiento significativo en el campo de las apps, en términos de uso, descargas e ingresos. Como dato destacable, las descargas en todo el mundo superaron los 90 mil millones, un aumento de más de 13 mil millones en la App Store® de iOS® y Google Play®. Además, se acompañó del aumento del tiempo total dedicado a las apps en todo el mundo, con un incremento de más de 150 mil millones de horas año tras año, alcanzando casi 900 mil millones de horas en 2016³³³.

En los años siguientes, a partir de 2018 se produce un decrecimiento en el número de apps posiblemente debido a la falta de actualización y creación de nuevas apps durante la pandemia y, posteriormente, resurge una nueva tendencia al alza desde el año 2019 hasta el 2021. Este movimiento coincide con el significativo aumento del teletrabajo que precisó usar los recursos disponibles como el acceso a la red privada virtual (RPV) (en inglés, virtual private network, VPN) y el ancho de banda de la red de las empresas. Por ello, los creadores de apps tuvieron que ajustar los calendarios de despliegue de sus nuevas implantaciones tecnológicas hasta la vuelta a la normalidad tras el confinamiento profesional y domiciliario³³⁴ (Figura 22).

Figura 22. Lanzamiento de apps sobre lactancia materna en español.
Periodo 2009-2021



Fuente: Elaboración propia.

Analizando el contenido de la categoría *Objetivos de la aplicación*, la subcategoría de análisis predominante sigue siendo la monitorización de la LM (48,6% y 43,66%) seguida de información (34,2% y 42,25%), otros temas (10,3% y 7,98%) y la combinación de información y monitorización (6,48% y 6,10%). Los cambios más destacables son que en el primer periodo la subcategoría monitorización supera a la de información en casi un 15% de la muestra mientras que desde 2009 ambas están muy igualadas en torno al 90%, lo que podría deberse al aumento de la necesidad de buscar información relativa a la LM de forma virtual debido al cierre de las consultas presenciales (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis descriptivo de la categoría objetivos de la app por subcategorías de análisis. Comparativa periodos 2009-2018 y 2009-2021

	2009-2018		2009-2021	
	N	%	N	%
Total de apps encontradas	146	100	213	100
Objetivos de la aplicación (subcategorías de análisis):				
Facilita la Monitorización de:	71	48,63	93	43,66
Lactancia materna	47	32,19	59	27,70
Hábitos del bebé	42	28,76	73	34,27
Desarrollo del bebé	35	23,97	59	27,70
Otros datos	34	23,28	46	21,60
Utilidades	34	23,28	36	16,90
Lactancia materna y lactancia artificial	26	17,80	63	29,58
Alimentación complementaria	21	14,38	45	21,13
Proporciona Información sobre:	50	34,24	90	42,25
Lactancia materna	34	23,28	51	23,94
Desarrollo del bebé	29	19,86	40	18,78
Otros datos	20	13,69	37	17,37
Alimentación complementaria	16	10,95	25	11,74
Cuidados de la madre	13	8,90	34	15,96
Lactancia materna y lactancia artificial	9	6,16	13	6,10
Otros:	15	10,27	17	7,98
Libros/revistas	5	3,42	8	3,76
Entretenimiento (Juegos)	3	2,05	7	3,29
Eventos	3	2,05	4	1,88
Mapeo de recursos (lactancia, profesionales, ocio)	2	1,36	6	2,82
Páginas web profesionales	1	0,68	1	0,47
Asociaciones Pro lactancia materna	1	0,68	1	0,47
Información y monitorización	10	6,48	13	6,10

Fuente: Elaboración propia.

5.2.4. Discusión

Este trabajo ha permitido observar una tendencia creciente en el lanzamiento de apps sobre LM en la última década, dirigidas principalmente a madres/padres y cada vez con un mayor número de desarrolladores más profesionalizados y con un mayor porcentaje de apps que ofrecen feedback.

El objetivo principal de las apps analizadas es su uso para la monitorización de la LM, a través de cronómetros y/o alarmas para medir el número, el horario y/o la frecuencia de las tomas. Se trata de una cuestión que llama la atención pues la LM debe ofrecerse “a demanda” según las recomendaciones de la OMS³³⁵, aunque también es algo notable que, en el último periodo analizado, las apps de información han aumentado comparativamente las descargas estando al final del periodo en proporción similar, lo que podría indicar que la información procedente de fuentes fiables está llegando a las madres de forma progresiva en el tiempo.

Desde un punto de vista antropológico este trabajo nos permite observar el cambio en los patrones culturales de obtención de información sobre salud, concretamente de LM. El elevado número de descargas de apps pone de manifiesto una nueva vía de búsqueda de apoyo e información en la red que podría complementar a las formas tradicionales de apoyo a la LM (profesional y/o asociaciones pro LM).

Por ello, los profesionales sanitarios debemos adaptarnos a los tiempos y adentrarnos en la nueva era digital valorando la inclusión del uso y recomendación de apps sobre LM en nuestra práctica diaria, como un instrumento más de intervención comunitaria y de “empoderamiento” de las personas³³⁶. El aumento de desarrolladores profesionales de apps en nuestro estudio (de un 3,4 a un 13,15%) revela que una parte de los profesionales sanitarios está superando la resistencia al cambio y se está sumando a la innovación en materia de salud digital.

El uso de las herramientas 2.0 en el ámbito de la LM podría facilitar a las familias el acceso a una información continuada sobre LM, además de posibilitarles la participación en espacios virtuales donde compartir experiencias y consejos con grupos de iguales. En definitiva, sería un complemento ideal para la educación grupal ofrecida en los centros sanitarios para el fomento de la LM.

Las restricciones de acceso a los servicios sanitarios presenciales debidas al Covid-19 han supuesto un incremento de la telemedicina³³⁷ y de las descargas de contenidos digitales sobre LM, tal como indica el **“Informe lactancia 2020”**³³⁸ publicado por una de las aplicaciones más descargadas en el mundo, la app “LactApp®”. Sin embargo, la recomendación de este tipo herramientas por parte de los profesionales aún es lenta y limitada y exige generar una base común de conocimiento que aporte seguridad a los usuarios debido, principalmente, a la falta de evaluación y acreditación. Esto supone un reto profesional ya que debemos investigar quién está detrás de los contenidos que ofrecen las apps, que deben basarse en la evidencia científica, ser fiables, actuales y de calidad³³⁹.

Hasta la fecha actual son pocos los marcos teóricos conceptuales sobre la evaluación de la m-Health. En el campo de la evaluación de las tecnologías en salud, existe el modelo europeo **Core Model de la European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA)**, un marco metodológico cuyo objetivo es producir y compartir información sobre la evaluación de tecnologías sanitarias. El modelo consta de tres componentes: un conjunto estandarizado de preguntas de evaluación de tecnologías sanitarias que permite a los usuarios definir sus preguntas de investigación específicas dentro de una estructura jerárquica, una orientación metodológica para ayudar a responder a las preguntas de investigación y una estructura de informe común para presentar los hallazgos en un formato estandarizado de «par de pregunta-respuesta». Basado en este modelo, se desarrolló el **Modelo para la Evaluación de la Telemedicina (MAST)**, que fue creado para evaluar las soluciones de telemedicina de una manera multidisciplinaria, de forma sistemática, imparcial y robusta. Los modelos EUnetHTA y MAST son modelos enfocados a las tecnologías en salud y telemedicina en general. Como modelos específicos de evaluación de mSalud, quizás el más conocido sea la lista de verificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), **la m-ERA checklist**³⁴⁰.

Dentro del marco europeo, la Unión Europea (UE) publicó el **“El Libro verde de la m-Health”** en 2014, donde se discutía el potencial de las aplicaciones

m-Salud, así como sus limitaciones y riesgos. En base a esta iniciativa en febrero de 2016 creó un grupo de trabajo para la elaboración de una guía para la evaluación de aplicaciones m-Salud, el **Working Group on m-Health assessment guidelines**³⁴⁰.

En este sentido, cabe destacar también el hecho de que AQUAS, en el marco de la RedETS y juntamente con otras organizaciones, ha realizado un informe previo también en el **marco de RedETS**, en el que se ha propuesto un marco conceptual teórico para la evaluación de la m-Health. Este marco también ha sido publicado en JMU (revista relacionada con el Journal of Medical Research) con la presentación de los dominios y subdominios que deberían tenerse en cuenta en la evaluación de la m-Health, así como la necesidad de fijar criterios concretos en esta evaluación³⁴⁰.

Cabe destacar que en nuestro estudio no encontramos aún ninguna aplicación que cuente con distintivos que reconozcan la calidad y seguridad de las mismas, solamente una de ellas “LactApp” se encuentra en proceso de revisión para conseguir el distintivo de **“App Saludable” de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Andalucía**, que es el primer distintivo en España que reconoce la calidad y la seguridad de las apps de salud, permitiendo que puedan ser usadas por la ciudadanía de forma fiable, minimizando los riesgos. Es gratuito y está abierto a todas las aplicaciones sanitarias de iniciativas públicas y privadas, tanto de España como de otros países. El distintivo se basa en 31 recomendaciones publicadas en la Guía de recomendaciones para el diseño, uso y evaluación de apps de salud, que se estructuran en los siguientes 4 bloques: Diseño y pertinencia; Calidad y seguridad de la información; Prestación de servicios y Confidencialidad y Privacidad³⁴¹.

Si bien es cierto que este estudio nos ofrece una descripción detallada de las apps más descargadas en LM, sus características y contenidos y la evolución del número de descargas en la última década, lo que nos permite conocer los

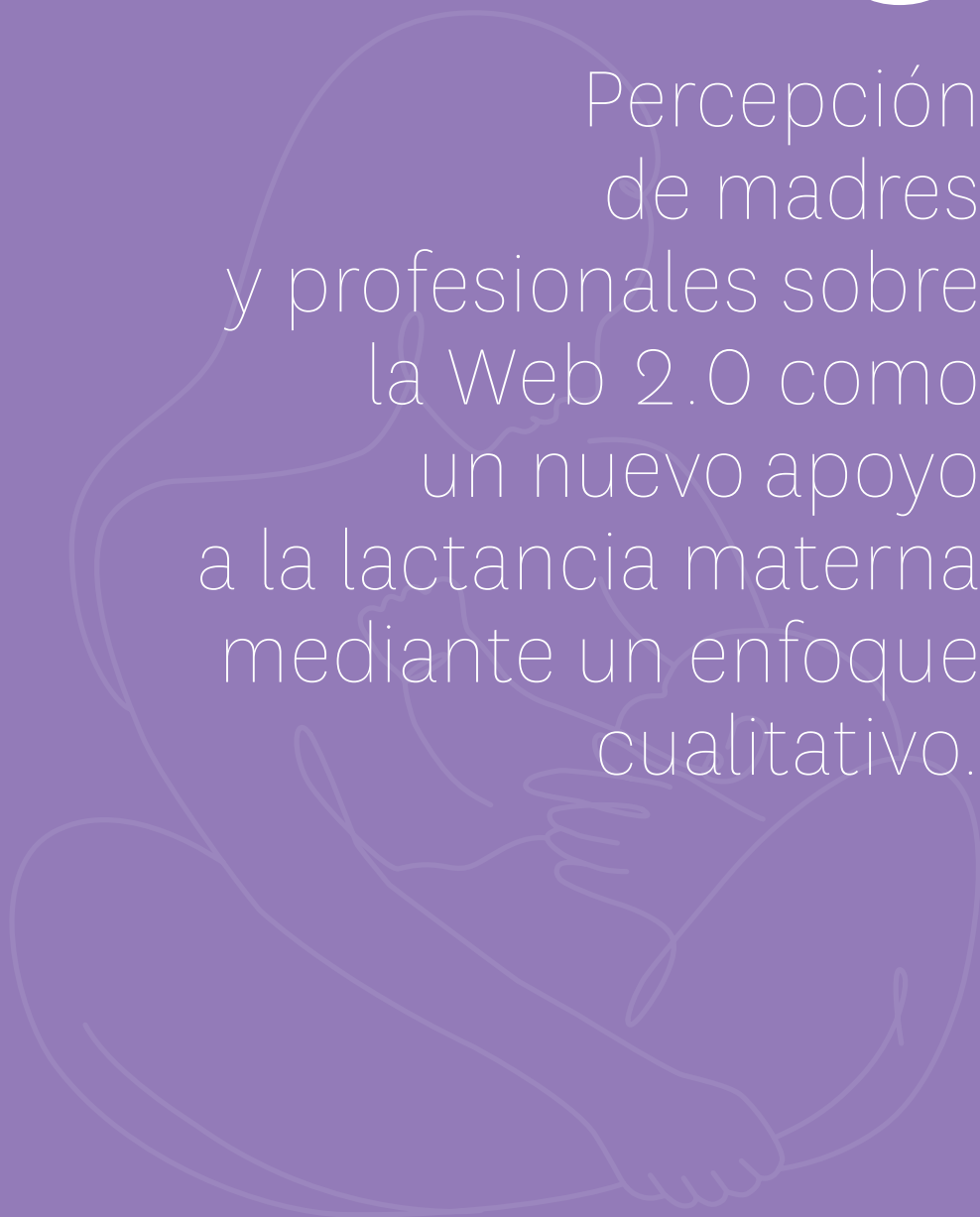
ítems de mayor interés en LM para el diseño de nuevas apps o mejora de la apps existentes en LM, hay que tener en cuenta varias limitaciones. En primer lugar, solo se han analizado las apps disponibles en idioma castellano, por lo que sería recomendable incluir en futuros estudios apps disponibles en otros idiomas para ofrecer una visión más completa del mercado de salud móvil. Y en segundo lugar, se realizó una evaluación de las apps de LM en términos de descarga pero no de uso, por lo que puede haber diferencias en los resultados. Futuros estudios deberían considerar además otros parámetros, tanto el número de apps desinstaladas como la Tasa de retención³⁴², que es un indicador crucial que muestra el porcentaje de usuarios que continúan interactuando con la app a lo largo del tiempo, después de su instalación inicial.

En un mundo que inexorablemente se mueve hacia una mayor digitalización en todas sus dimensiones, las autoras consideramos que, la recomendación de apps en la atención sanitaria supone una tarea que debe estar apoyada por las organizaciones y responsables sanitarios, en forma de conocimiento, herramientas y apoyo, para que el profesional se sienta seguro. La no existencia de un listado de aplicaciones móviles, guías de uso y acreditaciones de calidad, lo hace aún más complicado.

La creación y recomendación de apps para madres lactantes por los profesionales de la salud ha llegado para quedarse y podría constituir una herramienta más para el fomento de la LM y la consecución de las metas de prevalencia de LM deseables.

6

Percepción
de madres
y profesionales sobre
la Web 2.0 como
un nuevo apoyo
a la lactancia materna
mediante un enfoque
cualitativo.



6.1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas se han dedicado muchos esfuerzos para implementar políticas y programas de actuación para la protección, promoción y desarrollo de la LM a nivel internacional⁷³⁻⁷⁷, con el objetivo de hacer un llamamiento a los gobiernos de todo el mundo para buscar su apoyo en pro de la LM.

En España, en el año 2011, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) diseñó un documento denominado “Plan de Parto y Nacimiento”, que incluyó información sobre el inicio precoz de la LM y el seguimiento posterior de la misma⁷⁸. En Asturias, se implementó mediante un convenio de colaboración suscrito entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, y el MSPSI para desarrollar las recomendaciones establecidas en la “Estrategia de Atención al Parto y Nacimiento Normal en el Sistema Nacional de Salud”⁷⁹, al igual que se han desarrollado en el resto de CCAA y cuya finalidad es, entre otras cosas, el fomento de la LM.

El papel de las enfermeras, especialmente de las matronas, es esencial en la promoción y el apoyo a la LM. Las madres reconocen la influencia de estas profesionales en su decisión de amamantar⁶⁸, aunque muchas veces no encuentran el apoyo postnatal esperado e incluso pueden llegar a sentirse presionadas para el paso a una lactancia artificial⁶⁹.

Las estrategias de promoción han demostrado ser eficaces cuando se adaptan a las necesidades de las mujeres de forma individualizada y les ofrecen apoyo emocional, guía y fomento de su autoconfianza y empoderamiento⁷⁰⁻⁷².

Tras el alta hospitalaria, lo deseable sería garantizar la Continuidad de Cuidados (CC) a las mujeres y a los recién nacidos en las primeras 72 horas⁸⁰. La OMS define la CC como: “La gestión y prestación de servicios de salud para que los clientes reciban una serie continua de servicios preventivos y curativos, de

acuerdo a sus necesidades en el tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”⁸¹.

La falta de continuidad es uno de los problemas asociados con un abandono temprano de la LM. Según indicaron Rosin y Zakarija Grkovic en 2016, la tarea de proporcionar una adecuada CC en el apoyo de la LM para facilitar el inicio y el mantenimiento de la LM es un gran desafío, que requiere una readaptación del sistema de salud⁸². La nueva estructura implicaría la integración de la enfermera de apoyo a la lactancia como una profesión, la educación de todos los profesionales de la salud en el fomento de la LM, la creación de incentivos para el nacimiento natural y la LM, y la implementación de estándares de calidad en entornos clave de salud⁸³.

A mediados del siglo XX, surge un movimiento social denominado “Grupos de apoyo a la LM” (GALM), formado por asociaciones que ayudan a mujeres que desean amamantar. Éstos grupos se forman a iniciativa de madres que consideran y defienden que el hecho de amamantar posee un componente fisiológico e instintivo, pero también requiere un aprendizaje tal como indica la OMS y que, en ocasiones, las mujeres necesitan el apoyo de otras mujeres con experiencia para poder amamantar con éxito⁸⁷. Son organizaciones de voluntariado social, que desarrollan proyectos basados en grupos de ayuda mutua y ofrecen distintos servicios y actividades. Los grupos de apoyo complementan la asistencia que ofrecen los servicios de salud, cubriendo diversos aspectos relacionados con la LM. La ayuda que proporcionan las mujeres a otras mujeres cada vez cobra mayor importancia y contribuye a conseguir mejores cifras de lactancias y más prolongadas³⁴³.

Los GALM se constituyen, hoy en día, como espacios donde las madres satisfacen sus necesidades formativas, emocionales y de apoyo y acompañamiento, mejorando su bienestar personal y familiar. Además, mediante la capacitación individual y colectiva, los grupos de madres contribuyen al desarrollo personal y

comunitario, convirtiéndose en importantes iniciativas de promoción de la salud de base comunitaria. Recuperar la “cultura del amamantamiento”, reivindicar el reconocimiento social de la LM como bien colectivo (generador de bienestar y sostenibilidad), darle visibilidad social y defender la práctica del amamantamiento (en cualquier lugar y mientras el bebé y la madre lo deseen), se han convertido en asuntos prioritarios para las mujeres que participan en estos grupos²¹⁸.

No obstante, los GALM por si solos son insuficientes y no reemplazan los esfuerzos de los profesionales de la salud, sirviendo como un importante complemento a los mismos. El informe de la OMS “Pruebas Científicas de los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”⁹³, concluye que: “Una combinación de ambos apoyos podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado”. Varios estudios^{231,344}, publicados en 2022, señalan que cuando se brinda apoyo a las mujeres en el proceso de amamantar, aumenta la duración y la exclusividad de la LM, especialmente en los lactantes hasta los tres meses de edad en comparación con momentos posteriores.

La rápida evolución de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y su capacidad de penetración en todas las actividades humanas está provocando una auténtica revolución tecnosocial. En el ámbito sociosanitario, dada la estrecha relación existente entre salud, persona y sociedad, Internet y sus dispositivos se están convirtiendo en una herramienta indispensable para el cuidado enfermero.

Según el informe del Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI) “Uso de tecnología en los hogares españoles 2022”, un 69,4% de la población española utiliza la red para consultar información sobre su salud y un 74% de la población total está familiarizada con el manejo de las aplicaciones móviles³⁴⁵.

En lo que se refiere a LM, los hallazgos de un análisis sistemático publicado en 2015 ponen de relieve el potencial de los desarrolladores de sitios web y aplica-

ciones para satisfacer las necesidades de los usuarios sobre este tema³⁴⁶. Coughlin, en el año 2016, determinó que el uso de aplicaciones podría proporcionar una forma útil y de bajo coste para difundir información sobre los beneficios para la salud de la LM³⁴⁷.

Por todo ello, los profesionales de la enfermería debemos considerar la Web social o Web 2.0 como un nuevo escenario para la intervención comunitaria. Un buen ejemplo podría ser el desarrollo de una aplicación móvil que proporcionara a los usuarios, en este caso las mujeres que amamantan a sus bebés, una fuente segura y confiable de información sobre la alimentación infantil, utilizando herramientas de evaluación de calidad y contenido basado en la evidencia científica²⁷¹.

El presente trabajo forma parte de un estudio de metodología combinada (cuantitativa y cualitativa), que persigue conocer si la Web 2.0 serviría para mejorar las tasas de inicio y mantenimiento de la LM proporcionando un espacio para la educación, el intercambio de experiencias y el acceso a recursos de apoyo.

Por ello el objetivo de este trabajo fue explorar la influencia de la Web 2.0 como una red de apoyo complementaria a las redes tradicionales para el fomento de la LM.

6.2. METODOLOGÍA

6.2.1. Diseño general del estudio

Para cumplir con el objetivo planteado, se ha realizado una investigación cualitativa exploratoria, a través de la realización de dos grupos focales con informantes clave.

El Grupo Focal (GF) es una herramienta de investigación que se caracteriza por ser un grupo de discusión que posibilita el diálogo sobre un asunto en especial, vivido y compartido mediante experiencias comunes a partir de estímulos específicos para el debate que perciben los participantes a partir de la acción de un investigador (moderador, facilitador)³⁴⁸.

Como ventaja de esta técnica resalta la posibilidad de intensificar el acceso a informaciones acerca de un fenómeno, ya que diferentes miradas van siendo presentadas por los participantes, desencadenando la elaboración de percepciones que se mantenían latentes³⁴⁹.

Entre los motivos que justifican el uso del GF destaca la interacción de los participantes que proporciona el incentivo a respuestas significativas o ideas nuevas, al mismo tiempo que instiga opiniones contrarias. Igualmente, la proximidad de los mismos con el tema facilita las respuestas, siendo discutidas por todos³⁵⁰. El uso de esta técnica beneficia a los investigadores, pues permite el ejercicio de una postura crítica y dialéctica, al promover el inicio de una discusión abierta sobre temas específicos y a veces propiciar la construcción y deconstrucción de conceptos³⁵¹.

6.2.2. Marco del estudio

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud de Las Vegas (Corvera), perteneciente al Área Sanitaria III del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), cuyo hospital de referencia es el Hospital Universitario San Agustín de Avilés (Asturias), entre el 8 de Septiembre y el 31 de Diciembre de 2022.

6.2.3. Participantes

Se constituyeron dos grupos. Por un lado, enfermeras expertas en LM: enfermeras de pediatría y neonatología y enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas), del ámbito sanitario público y/o privado, con o sin presencia activa en las redes sociales e Internet. Por otro lado, madres lactantes recientes y veteranas.

Para la selección de las participantes de las sesiones grupales se recurrió a un muestreo por conveniencia³⁵², seleccionando grupos específicos de usuarias con determinadas características relevantes para el estudio, que se detallan a continuación:

- Grupo Focal de Madres (GF1): Mujeres que hayan amamantado a sus hijos (desde un mes hasta dos años o más), con uno o varios hijos, que hayan utilizado algún tipo de apoyo durante el proceso de lactancia (profesional, no profesional, Internet, asociaciones de apoyo a la lactancia), que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Grupo Focal de Profesionales expertas en LM (GF2): Profesionales de enfermería expertas que proporcionen apoyo directo a las mujeres en relación con la LM, mediante consulta, asesoramiento y/o educación sanitaria, del ámbito público y/o privado, de forma presencial u online, que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

6.2.4. Equipo investigador

Tres personas formaron el equipo de investigación. La investigadora principal (AIDC), es enfermera en el Área Sanitaria dónde se desarrolla el estudio, con amplia formación en metodología cualitativa. AIDC fue la única persona del equipo investigador que conocía a alguna de las participantes, al ser estas usuarias del centro de salud donde trabajaba como enfermera.

Para el papel de moderadora se eligió a MCB, socióloga, experta en técnicas cualitativas de investigación social y en el desarrollo de GF. En nuestro estudio preferimos que el moderador no tuviera relación directa con el medio en el que se desarrolla la técnica, ya que se podría introducir el sesgo de información en las apreciaciones de las participantes.

Y, por último, otra profesional (AEC) formó parte del equipo investigador, enfermera y docente, con una amplia experiencia en el campo de la investigación. Su contribución principal fue el análisis, contraste de los datos e interpretación de los resultados.

6.2.5. Contacto y recogida de datos

Se realizó un primer contacto telefónico de presentación por la investigadora principal (AIDC), explicando en primer lugar su condición como enfermera del área sanitaria y el objetivo del proyecto como parte de su tesis doctoral. Se explicaron las características del grupo focal en el que iban a participar, garantizando la confidencialidad de los datos. Se elaboraron, para ello, dos documentos: una hoja informativa sobre las características del estudio y un consentimiento informado acorde a la normativa legal vigente en materia de protección de datos, que fueron remitidos mediante la aplicación móvil WhatsApp® a las participantes.

Además, se les informó de que las sesiones se llevarían a cabo a través de la aplicación informática Teams®, hecho que fue bien aceptado, debido a las dificultades laborales, horarias y de conciliación de las participantes para reunirse de forma presencial. De este modo, se les facilitaba lo más posible la asistencia.

Los grupos de discusión se grabaron en vídeo previa solicitud de permiso a las participantes, para poder estudiar también la comunicación no verbal. Se transcribieron textualmente las conversaciones para, posteriormente, realizar el análisis del contenido del discurso resultante. Para preservar la intimidad de las participantes se utilizó un código alfanumérico para identificarlas.

En base a los objetivos, se elaboraron dos guiones acordes a las características de cada uno de los grupos (Tabla 7: Guiones de los Grupos Focales de madres y profesionales). Estos guiones sirvieron de guía a la moderadora, para garantizar la recogida de toda la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos.

Tabla 7: Guiones de los Grupos Focales de madres y profesionales

Grupo Focal 1: Madres
Presentación. Conocimientos previos sobre Lactancia Materna (LM) (Asistencia a talleres o cursos LM, libros, revistas, Internet)
Dificultades encontradas Apoyos recibidos Influencia del entorno socio familiar Abandono LM: causas, edad lactante
El papel de las profesionales de la salud (enfermeras, matronas, pediatras).
“Continuidad de cuidados” en el proceso de amamantar.
Conocimiento y participación en “Grupos de apoyo a la LM”
Efectos de la Pandemia en la LM.
Las TIC y la salud. Usos (consulta, información, seguimiento del estado de salud).
La Web 2.0 y la LM. ¿Qué papel juega/podría jugar?.
Las App sobre LM: Análisis de uso y conocimiento de páginas web y Apps sobre LM.
Sugerencias de una “App Ideal” (Contenido y Soporte más adecuado).
Grupo Focal 2: Profesionales
Presentación. Experiencia profesional y /o personal en LM.
El papel de los/as profesionales de la salud (enfermeras, matronas, pediatras) en el fomento y apoyo / inicio y continuidad de la LM.
Formación/ educación de los profesionales de la salud en el fomento de la LM.
Realidad de la “Continuidad de cuidados” o “Atención Integrada”. ¿Existe un seguimiento desde el embarazo y parto al puerperio? Consideraciones/opiniones.
“Enfermera Experta de Apoyo a la Lactancia Materna” como profesión. ¿Utopía en el sistema sanitario Público?
Conocimiento, papel e importancia/utilidad de los “Grupos de apoyo a la LM” (Asociaciones pro Lactancia, grupos de pares entre iguales, Consultoras Internacionales Certificadas en LM, Consultas profesionales privadas).
Las TIC, la Web 2.0 y la LM. Utilidad cómo nuevas formas de apoyo/educación sanitaria/“Empoderamiento”. Necesidad de adaptarse a nuevas redes de apoyo digital.
Influencia de la Pandemia en la LM.
Sugerencias de una “App Ideal” (Contenido y Soporte más adecuado).
Creación de contenido y soporte digital adecuados para un apoyo a la LM óptimo.

LM (Lactancia Materna); TIC (Tecnologías de Información y Comunicaciones); AEP (Asociación Española de Pediatría), App (Aplicación móvil).

El papel de la moderadora (MCB) fue generar una dinámica en los grupos, planteando preguntas y favoreciendo un ambiente en el que las componentes del grupo interactuaran, reaccionaran, preguntaran, discutieran y dieran respuestas, etc. La investigadora principal (AIDC) actuó como asistente y observadora, sin participación en el debate, con la tarea específica de tomar notas de las principales intervenciones, así como de los momentos en los que se produzcan enfrentamientos, desacuerdos, uso de estrategias para interferir en la discusión, cambios de tema, entre otros movimientos del grupo, y elementos no verbales (por ejemplo, expresiones faciales).

6.2.6. Convocatoria de los grupos

Los grupos se llevaron a cabo los días 12 de diciembre de 2022, en el caso del grupo de las madres, y el 26 de diciembre de 2022 con el de enfermeras; el primero en horario de tarde y el segundo en horario de mañana, para facilitar la participación de todas las personas posibles.

De las 16 personas seleccionadas inicialmente, finalmente confirmaron asistencia 7 madres y 5 profesionales, consiguiendo una participación del 75%. Las 4 personas que rehusaron participar alegaron en todos los casos la imposibilidad de compaginar su actividad habitual con la asistencia al grupo focal. El tamaño muestral estuvo determinado por el criterio de saturación de datos, ya que hacia el final de la reunión las opiniones de las participantes eran repetitivas y redundantes, por lo que se consideró que organizar otra sesión no aportaría información nueva³⁵².

Al utilizar la herramienta Teams®, se creó un enlace de conexión a la reunión para cada una de las participantes que se les hizo llegar a través de WhatsApp®. La elección de ambas aplicaciones fue posible porque todas las personas participantes estaban familiarizadas con el uso de ambas herramientas.

6.2.7. Análisis de los datos

Una vez finalizadas las sesiones, de aproximadamente una hora y media de duración cada una, se llevó a cabo la transcripción detallada de las conversaciones para su posterior análisis y su lectura en profundidad. El texto resultante fue sometido a un análisis de datos cualitativos de forma manual, siguiendo los pasos descritos por Amezcua y Montoro³⁵³ y Amezcua y Gálvez Toro³⁵⁴. Posteriormente se realizó la agrupación de conceptos y el análisis según el marco conceptual y se categorizó la información resultante de cada grupo, extrayendo la información relativa a cada uno de los guiones correspondientes, así como a los objetivos de la investigación pertinentes.

Con el fin de garantizar la validez del análisis y la triangulación de los datos, la autora principal (AIDC) analizó, en primer lugar, el contenido de todas las transcripciones, incorporándolas a codificaciones, categorías y temas. En segundo lugar, las autoras (AIDC, AEC) supervisaron la transcripción, códigos, categorías y fusiones, debatiéndolos y aprobándolos en conjunto. Por último, las autoras (AIDC, AEC) analizaron todos los datos que habían incorporado a las categorías y temas. Posteriormente las autoras (AIDC, AEC) realizaron una reunión y acordaron los hallazgos más significantes del estudio mediante un enfoque analítico.

Para dar validez y confiabilidad a la información recolectada se realizó la verificación de los datos, los resultados (del texto final resultante de la transcripción de las grabaciones y el resumen de las notas de campo) fueron reenviados a dos de las participantes (P4, M5) con la finalidad de conocer si se sentían identificadas con los resultados obtenidos (feedback).

6.3. RESULTADOS

Los perfiles de las personas participantes se han recogido en las siguientes tablas para facilitar su comprensión: Tabla 8 y Tabla 9.

Tabla 8: GF1. Grupo Focal de madres

GF1 CÓDIGO	Nº DE HIJOS (EDAD)	TIPO DE LACTANCIA	DURACIÓN DE LA LACTANCIA	TIPO DE APOYO RECIBIDO				
				HOSPITAL C. SALUD	FAMILIA AMIGOS	GRUPOS APOYO LACTANCIA	OTROS PROFESIONALES PRIVADOS	WEB 2.0
M1	(18 meses)	LM	18 meses					X
M2	1 (5 años)	Mixta	1 mes		X			X
M3	1 (7 años)	LM	24 meses	X	X	X	X	X
M4	2 (4 años) (8 años)	LM	15 meses 24 meses	X	X			X
M5	5 (5 a 20 años)	LM	3 a 24 meses	X	X			X
M6	2 (9 a 14 años)	LM	5 a 7 meses		X	X		
M7	1 (2.5 meses)	LM	2.5 meses		X			X

LM (Lactancia Materna).

Tabla 9: GF2. Grupo Focal de profesionales de la salud

GF2 CÓDIGO	TITULACIÓN	EXPERIENCIA AÑOS	ÁMBITO			WEB 2.0	TIENE HIJOS	DIÓ LM
			C.SALUD PÚBLICO	HOSPITAL PÚBLICO	SECTOR PRIVADO			
P1	Enfermera	>25	X				X	
P2	Enfermera	10-25		X		X	X	X
P3	Matrona	>25			X	X	X	X
P4	Matrona	>10		X	X	X	X	X
P5	Matrona	10-25		X	X	X	X	X

LM (Lactancia Materna).

De la agrupación de conceptos y análisis final surgieron siete categorías, organizadas según la proximidad del tema y los objetivos propuestos, a partir de los discursos más significativos del estudio:

6.3.1. Categoría 1:

Dificultades encontradas durante la Lactancia Materna

Prácticamente todas las mujeres participantes coinciden en haber tenido una experiencia difícil en el proceso de amamantar. Todas ellas están de acuerdo en que un hecho que dificulta el proceso de amamantar es la falta de información recibida.

- Mi experiencia la valoro como negativa, pues porque igual por desconocimiento o por no hacer las cosas bien, a lo mejor pues la cría pues hubiese estado más tiempo con LM. (M2)

Una de las profesionales participantes nos habla de su experiencia como madre primeriza y sus dificultades hasta que recibió la ayuda de una asociación pro lactancia:

- Yo quiero decir que fueron unos inicios... los peores de mi vida. Así de claro lo recuerdo, horribles. Pero al final terminé con ayuda, y luego me puse en contacto con la asociación “Amamantar”, que me salvaron la lactancia. (P2)

Por otro lado, se observa una gran variabilidad, en función del tiempo que ha pasado desde que dieron a luz, afirmando que ha habido una gran evolución positiva. Esto se observa en los profesionales de la salud, actualmente más formados y conscientes de la importancia de la LM; en el papel y actitud de sus parejas ante el proceso; y en los cambios asociados a la sociedad de la información y la comunicación con la incorporación de la Web 2.0.

- Mi lactancia fue muy difícil, muy complicada, con mastitis, grietas y todo lo que uno se pueda imaginar (...) no había Internet ni redes sociales. (...) Los últimos embarazos fueron diferentes, ya el personal sanitario me ayudó muchísimo, y encuentras mucha ayuda también en las redes (...) Desde la primera a la última, evolucionó mucho la visión de la lactancia de la sociedad y los hombres (...) sobre todo en la participación y la corresponsabilidad. (M5)
- Nos llegan madres a la asociación con unos consejos que tú dices “madre, ¿de dónde sacas esto?”. Es que esto hace años que ya no se aconseja. (P3)

Asimismo, parece que nos encontramos en un periodo de transición en los centros sanitarios, en el que se constatan posiciones contradictorias respecto a la LM entre las diferentes generaciones del personal sanitario, lo que dificulta todavía más el amamantamiento, puesto que se trata de un periodo en el que las mujeres se sienten muy vulnerables y con muchas dudas en cuanto a su lactancia. Incluso, las propias profesionales de la salud participantes en el grupo no son ajenas a esta realidad ya que, aun teniendo más nociones sobre el tema, también encontraron dificultades. No obstante, fue su propio interés en lograr una LM exitosa, su afán por mejorar sus conocimientos y un entorno sanitario positivo lo que les ayudó y sirvió de facilitador en sus experiencias personales.

- Las madres siguen recibiendo esos mensajes contradictorios, que en esa época de post parto en la que estás tan vulnerable, y que claro te afecta todo a otro nivel, pues luego claro, te hacen dudar. (P4)
- A pesar de todo lo que yo creía que sabía, cuando estás en ello, es verdad que es una locura. Y entonces no me puedo imaginar en el caso de una madre que no tenga conocimientos, (...) lo perdidas que pueden estar las mujeres que tienen o muy poca o casi ninguna información. (...) Porque yo, que soy matrona, que supuestamente tengo muchos conocimientos, (...) y menos mal que tenía profesionales al lado a los que podía recurrir, porque si no después de tres semanas esa lactancia ya habría finalizado. Os lo puedo vamo, garantizar. (P5)

6.3.2. Categoría 2:

La importancia de recibir ayuda: Primeras redes de apoyo

Es unánime la opinión respecto a la importancia que tiene el recibir apoyo, que proviene principalmente de su entorno más cercano: amistades, familia, pareja.

- No tuve ningún apoyo en el centro de salud, ni en el hospital, ningún tipo de seguimiento de nada. Entonces, más bien lo poco que llegué a aprender es por amistades y bueno, por mis conocimientos previos. Incluso de la suegra o de gente que tiene más hijos y más experiencia. (M2)
- En mi hospital hemos observado que uno de los factores que es más determinante en la LM fue el apoyo. Sin apoyo, sobre todos esos primeros días de vida del bebé, se ve que la duración de la lactancia es mínima. (P4)

Tener amigas que han pasado o están pasando por el mismo proceso, es un pilar fundamental. Aunque no siempre se tienen a estas personas al lado siempre suele haber alguien del entorno cercano al que poder acudir. La complicidad y la confianza que se tiene con estas primeras redes de apoyo es fuente de tranquilidad y seguridad. La mujer se encuentra en un mar de dudas y miedos que solucionar y/o en ocasiones lo único que necesita es comprensión, apoyo moral y cariño.

El grupo de profesionales también considera fundamental el apoyo del entorno sociofamiliar, ya que es probable que en su entorno conozcan a alguien con conocimientos sobre LM. Ante la falta de información, gracias al apoyo de estas amigas han podido experimentar un proceso de amamantamiento con menos dificultades.

- En esos primeros momentos es muy importante el entorno, tu red, ¿no? (...) las amistades que ya tuvieron lactancias, o que conocen la lactancia. (...) Muchas veces la gente, lo único que necesita es como un apoyo moral. (...) Es el apoyo ese, de una amiga que te vaya a ver, una conocida,

alguien que te pase un teléfono de... “habla con este”, aunque sea por WhatsApp ¿no? Que te va a tranquilizar. (M4)

- Lo único que se necesita a veces es apoyo, paciencia y cariño. No... no es que yo les haga milagros. Es simplemente... afianzar lo que ellas saben de manera natural. (P5)

Como se ha mencionado anteriormente, es muy importante para muchas mujeres el papel que tiene la pareja en todo el proceso, ya que puede aportar a las madres apoyo anímico, fraternal y ayuda en otras tareas como por ejemplo el cuidado de otros hijos o del hogar.

- Es muy importante también, sobre todo, eh... la pareja. (...) Es una figura muy importante ¿no? Tanto al apoyo a la madre, como para bueno... un apoyo un poco de sostén también, de ayudarte. Pues ella se va a encargar de la teta. Tú tienes que encargar de otras cosas. Y en muchos momentos, pues es un apoyo moral importante el que tu pareja, pues sepa también parar los pies a cierta gente... y apoyarte en esos momentos que tú te ves débil. (M4)
- Lo que sí nos resultó muy beneficioso es que nos tuvimos los dos, nos tuvimos el uno al otro. Y como los dos lo teníamos claro pues fuimos a por todas... y lo logramos. (M6)

Cuando hablamos de la familia volvemos a toparnos con las diferencias generacionales. Las madres y suegras de las participantes vivieron una época en la que se ofrecía a las madres la idea de que la mejor opción era alimentar a los recién nacidos con leche de fórmula, fue la denominada “cultura del biberón”. A comienzo de los años 70 apareció la estrategia de las grandes multinacionales para difundir la venta masiva de la leche en polvo que no repararon en gastos publicitarios para conseguir su objetivo y acudieron a los hospitales y clínicas donde las madres daban a luz a hacer donaciones masivas de leche en polvo, tetinas y todos los medios necesarios para preparar los biberones. Los niños y niñas, según aquellas engañosas propagandas, se desarrollaban y crecían mejor

con leche artificial que con la leche de la madre, quien podía continuar con sus actividades sin limitaciones al no tener que estar sujeta al pecho.

La propaganda llegó a límites abusivos. Las madres regresaban a sus casas repletas de muestras y, lo que es peor, con la convicción de que su bebé se criaría mejor gracias a la leche industrial. Por todo ello, las madres de esa época, hoy abuelas, son reticentes ante los beneficios de la LM. Lo peor de todo, según comentan las participantes, son los comentarios negativos que realizan, poniendo en duda su decisión de amamantar y culpabilizándolas de no estar alimentando bien a sus bebés.

- Mi madre, mi suegra, sí que eran más de la época del biberón, ¿no? Entonces sí que había ciertos comentarios, sobre todo. Pues eso, en el ámbito familiar de... “es que la estás dejando pasar hambre, es que por darle bibe no pasa nada” (...). Es muy importante comprarte un chubasquero para que “te la resbale todo”. Sí, ponerte unos buenos tapones y un chubasquero, porque vas a tener opiniones de todo tipo. (M4)
- Si la lactancia es estupenda desde el principio nadie te va a decir nada. Pero como una lactancia te vaya muy mal desde el principio, y la niña llore mucho... Bueno, “mujer, es que por qué no le das leche de fórmula... ya está bien, dale un biberón. Venga hombre. Es que, ¿te merece la pena, merece la pena estar así?”. Es que era así eh, literal. Tienes que estar mentalmente muy preparada. (P2)

La mayoría de las participantes también encuentran este tipo de comentarios negativos entre el personal sanitario; tanto en el hospital en el que dan a luz, como en el centro de AP en el que después son atendidas. Nos encontramos por tanto ante otro factor que pone en peligro la LM y su continuidad.

- Al nacer, en el hospital había profesionales que sí que apoyaban y te podrían dar alguna... algún tipo de ayuda, de conocimiento o al menos de apoyo emocional. Pero sí que había muchos otros que te decían, “Ah, dé-

jate de tonterías, dale el biberón y ya dejará de llorar, el bebé”, ¿no? (M3)

- Es todo muy subjetivo. (...) Si todo lo que hagas se va a juzgar. (...) Y al final pues haces lo que te da la gana y sanseacabó. Y ni la pediatra, ni nadie nos contactó. Y de la privada no nos llamaron tampoco. Así que te apañas con círculos familiares y de amigos que tengas, o con sus contactos, o con las redes sociales, las apps, o con lo que puedas. (M7)

6.3.3. Categoría 3: Otras redes de apoyo

Con base a lo registrado en este trabajo se considera que, generalmente, los grupos de apoyo que se crean desde los centros de salud no le dan mucha importancia al tema de la alimentación de los bebés y, por tanto, a la LM. Ante esta falta de apoyo y de información por parte del personal sanitario, las mujeres lactantes acuden a otros recursos como grupos de apoyo organizados desde asociaciones de voluntariado pro lactancia o con asesoras expertas en LM con consulta privada, ya sea de manera presencial y/o a través de Internet. Un ejemplo es que varias de las participantes acudieron a la “Asociación Amamantar” de Asturias, que cuenta sus propios grupos de apoyo y ofrece también consultorías personales, con un servicio personalizado y con seguimiento de cada caso. Los comentarios respecto a esta asociación son positivos, y muchas han podido sacar adelante sus lactancias gracias al apoyo recibido por parte de esta en todo el proceso.

- Yo di de mamar a mis dos hijas gracias a la “Asociación de Amamantar” de aquí de Asturias. (...) No hubiese podido dar de mamar a mis hijas porque realmente el personal sanitario no me ayudó... o poco o nada. (...) Lo que hice fue llamarlas. (...) Lo que hasta entonces era una tortura, pues a partir de ahí fue como una seda. Pero bueno, hasta que yo llegué a contactar con ellas, según la pediatra todo era normal. En el hospital, que ya me dolía cuando nació, también era normal. Y lo único que hicieron fue pues enchufarle un biberón a la niña. (M6)

Todas las participantes coinciden en que sería deseable que se empezara a acudir a grupos de apoyo desde el Centro de AP desde el inicio del embarazo, acompañadas de la familia y la pareja, para recibir los primeros consejos, solucionar dudas para el parto y puerperio. Además, es una forma de conocer a otras mujeres que están pasando por el mismo proceso, lo cual supone un gran apoyo, y pueden aprender de sus experiencias, algo que confirma la participante P2, con su experiencia como madre y profesional miembro de una asociación pro lactancia:

- Se trata de soltar tus problemas en una reunión, y ver más o menos lo que han hecho otras madres. (...) Y me venía muy bien, aunque solo sea por el hecho de decir, no estoy sola en este calvario que me ha tocado. (P2)

En el grupo de profesionales, ante esta necesidad, varias matronas iniciaron consultorías privadas, donde ofrecen seguimiento y apoyo continuo a la LM. Empezaron de forma informal dando apoyo a sus amigas y, viendo el vacío del sistema sanitario, decidieron dedicarse a ello formalmente. Se considera una suerte que cada vez haya más gente voluntaria y especializada en LM. No obstante, hay mucha demanda y se trata de un servicio que debería ofrecerse desde AP, asegurando así un acceso universal.

- Sí que detecté que hacía falta... También estar de manera privada... pues por tiempo, por recursos, por personal... ese apoyo la lactancia que quizás sí que se debería mandar desde la pública, pero que por desgracia no se da, por una casuística variada. (P5)
- En “Amamantar” tenemos los grupos de apoyo, y luego la consulta personal. Las consultas personales se nos van de las manos, vemos demasiadas madres. (...) Todo eso debería estar en el sistema sanitario (...) en el público. (P2)

6.3.4. Categoría 4: Un sistema sanitario con deficiencias

Nos encontramos ante un sistema público sanitario con deficiencias en varios sentidos, en lo que a LM se refiere. Por un lado, la gran mayoría de las participantes no encontró ningún apoyo por parte del personal sanitario. Claro que esto depende del hospital y del centro de AP, ya que cada uno puede tener sus particularidades y estar más o menos especializado o sensibilizado en la LM. En todo caso, la continua rotación de profesionales de enfermería por los distintos servicios y la variabilidad de motivaciones del personal es generalizada y da lugar a contradicciones en la información, diagnósticos erróneos... y a culpabilizar a las propias madres de los problemas existentes, poniendo en peligro tanto el inicio como la continuidad de la LM.

- La gente se fía del profesional sanitario que tiene a su lado, porque piensa que la mayoría está bien formada. Y todos sabemos en los hospitales cómo va la historia. (P2)
- Como el bebé lloraba tanto primero, vinieron las enfermeras de planta y primero probaron con un chupete y después con el biberón, pero todo esto sin consultarnos a nosotros. (...) Tú estás allí 48 horas ingresada, y pasas por muchos turnos. Entonces no fue... no fue algo puntual de un turno ni de dos. Fue algo general... (M6)

Nos encontramos que muchos centros apoyan la leche de fórmula, lo que se puede comprobar al ver que se ofrecen biberones de muestra de leche artificial en los primeros días tras el parto en el hospital y en las consultas de los centros de AP. Incluso regalan al alta a las familias “cajas con muestras de leches, tetinas, chupetes, pezoneras...” y cuando llegan a la matrona de AP lo mismo. Esto supone una confusión para las madres que no están seguras con su LM, ya que el mensaje que reciben es partidario a no continuar con ella. Como ya se ha comentado, entre el mismo personal se observan diferentes actitudes y comentarios que incrementan la inseguridad de las madres.

- Para mí, la mayoría de LM que salen del hospital son mixtas. Porque al final vas por las habitaciones y siempre hay un biberón en la mesita si te fijas. (P4)
- A mí es que me sigue viniendo la imagen de las consultas de pediatría con los botes de leche de fórmula. (...) Es el claro ejemplo de la incoherencia de los mensajes que damos como profesionales. (P5)

No hay duda de que el tiempo que transcurre desde que las madres salen del hospital hasta que acuden a su primera cita en el centro de AP, es donde se encuentra el mayor vacío. Se supone que han de tenerla la primera cita en la primera semana de vida del recién nacido pero debido a la falta de personal suele pasar más tiempo. Por este motivo, si en ese periodo las madres lactantes sufren alguna complicación, no les queda otra opción que acudir a otro tipo de asesoría (privada, asociativa, de amigas o conocidas). En el caso de acudir a urgencias, la solución más inmediata suele ser poner fin a la LM.

- Al principio, en el posparto inmediato sí que nos ayudaron en el hospital. (...) Y luego en casa... no. Desde el centro de salud, la verdad que nada. Porque me ayudó una amiga que controla del tema, sino un desastre. (M7)
- Porque yo creo que por desgracia, bien porque no hay tiempo, no hay matronas suficientes, lo que sea, las mujeres salen del hospital sin nadie que las haya ayudado en esos primeros días. (...) Una mujer que sale de un hospital público, y tiene problemas con la lactancia si pide cita en su centro de salud pueden darle cita para dentro de tres semanas. O sea, imposible. Se tiene que buscar siempre la vía privada, si es que puede permitírselo claro. (P3)

Asimismo, las participantes se quejan de la poca coordinación que hay entre hospital y centro de AP. Consideran necesario conocer al personal sanitario que les atenderá en AP, para facilitar esa conexión y saber cómo proceder tras la salida del hospital. A este respecto, afirman que hay un abandono por parte de los propios profesionales y una laguna en la atención a las madres lactantes por parte del sistema sanitario.

- Creo que debería de ser obligado que el pediatra y el enfermero de pediatría ya se presentaran antes a las madres embarazadas y luego contactaran en los primeros días posparto. Y ya se ofrecieran y te explicarían cuál es el proceso una vez que nace el niño. (M5)
- Y yo veo madres de urgencia, al tercer, cuarto día, de la asociación que dices, jolines, esto se podría haber atajado un poquitín en... por lo menos, con unos consejos básicos. (P2)

Este vacío en el sistema podría ser cubierto por la figura de una enfermera experta en LM, como existe en otros países y CCAA, que sirviera de gestora para hacer un seguimiento desde el embarazo hasta el puerperio. Algunas participantes ponen ejemplos como las IBCLCs (International Board Certified Lactation Consultant por sus siglas en inglés) o Consultoras en Lactancia Materna Certificadas, profesionales de la salud especializadas en el manejo clínico de la LM, certificadas por el IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners) que es el organismo internacional independiente encargado de certificar a todas las IBCLCs del mundo. También las doulas, mujeres no profesionales, generalmente madres que prestan apoyo holístico: físico, psicológico e informativo, a madre y familia en domicilio y, como no, las matronas y pediatras, profesionales que antaño realizaban el seguimiento de las lactantes acudiendo a sus casas en los primeros días del puerperio. Así se solucionaban muchas dudas y problemas y se generaba una confianza mutua.

- Antes, antiguamente sí que, en otra generación, iba a la matrona casa. Parías en casa, y luego iba a verte los días siguientes y te iba ayudando a solucionar problemas y dando apoyo y cariño. Y eso no existe hoy en día tampoco, nada más que de manera privada. (M5)
- La visita de la matrona en casa que se perdió, yo pienso que es muy importante, porque estás en tu entorno, el bebé está tranquilo, no es como estar en una sala de espera o en una consulta, que sabes que hay prisas y gente esperando, que estás en un entorno extraño... Sí, creo que se debe recuperar. (M4)

El seguimiento después del alta es fundamental para el éxito y la continuidad de la LM. Coincide que una de las profesionales participantes puso en práctica un proyecto por su propia voluntad que iba en esta línea, citando a las madres para consultas exclusivas de lactancia, y pudo demostrar que de este modo aumentaba el periodo de lactancia. Lamentablemente, es necesario de nuevo el compromiso de todo el equipo.

- Es un trabajo extra para ello. (...) Y con una persona no haces nada, necesitas de varias para llevarlo a cabo. Cuando te vas de vacaciones, ¿quién va? ¿Cualquiera? Es eso, que tienes que crear un buen equipo. (P2)
- ¿Qué hacía yo? citarlas siempre a última hora de la consulta, porque una consulta de lactancia con problemas, en menos de una hora no la haces. (...) Tiene que estar implicado todo el sistema. (P1)

El grupo de profesionales coincide en que no solo se trata de un problema, sino que existe falta de interés y de voluntad del sistema sanitario, por lo que hay escasez de recursos de personal y de tiempo. De hecho, sus consultas sobre LM las realizan fuera de su horario laboral (de forma voluntaria o privada). Consideran que si los responsables le dieran la importancia que realmente tiene la LM los resultados serían mucho mejores.

- El problema es que el propio sistema es el que pone barreras. (P4)
- El problema también que hay al final es, no ya es solo económico, porque no creo que estas medidas supongan realmente para el sistema sanitario mucho dinero. Pienso que es un poco también falta de voluntad. (P2)

Una manera para resolver estos problemas sería la formación multidisciplinar en LM, ya sean matronas, pediatras, enfermeras e incluso fisioterapeutas, confiando en que las respuestas sean coherentes y correctas. La falta de formación y la información errónea y contradictoria son el mayor peligro para la LM.

- Muchos profesionales de la salud no tienen formación en LM. (...) lógicamente acaban dando consejos erróneos de cómo amamantar. (...) Porque te lo van a preguntar en la consulta, porque lo vas a necesitar explicar en la consulta. (...) Me parece que falta muchísima formación en profesionales. Muchísima. Que las madres están muy perdidas, pero porque no saben a quién preguntar. (P3)
- Pienso que el saber, que te da poder ¿no? (...) Yo pienso que te tienes que preparar. (...) La teta es algo natural que todos sabemos, pero está muy idealizado. (...) Te da el poder para saber lo que es normal y lo que no... (M4)

Sin embargo, el sistema sanitario no facilita esta formación, por lo que nos encontramos ante otro problema. Parece que queda en manos de los propios profesionales el querer autoformarse, actualizarse... algo que en otros países es obligatorio. Aquí, sin embargo, acaba siendo una cuestión de voluntad e interés personal.

- Que a veces es más importante el querer buscar información, que a lo mejor el tenerla ¿no? (...) Y al final ves que es más bien una actitud. Que la formación es necesaria, por supuesto. Pero que por muchos cursos que le obligue a alguien a hacer en Internet no sirven para nada si no hay interés en utilizarlos adecuadamente. (M3)
- Los pediatras, deberían estar mucho más formados, y solo se forma el que quiere, no le dan la importancia que deben. (P2)

6.3.5. Categoría 5: Pandemia y LM 2.0

Un efecto positivo que comentan las participantes durante la pandemia por Covid-19 es la tranquilidad con la que las parejas podían vivir las primeras horas en el hospital con sus RN aisladas del resto de personas. La pandemia permitió tener ese espacio que antes se echaba de menos. Esa intimidad que necesitan las madres, junto con sus parejas, para vivir su experiencia con calma, cariño, y

aprendiendo de su propia experiencia; sin opiniones de terceros. No obstante, la falta de formación en LM entre el personal de enfermería se pudo constatar durante la pandemia, ya que muchos recién graduados en enfermería eran trasladados a la planta de Maternidad, obligando a personal sin experiencia a atender a las madres y los recién nacidos.

- Ni la abuela de un lado ni del otro, ni la tía de Cuenca, ni el primo de no sé dónde. Nada. Nada de visitas, y eso sí que favoreció la tranquilidad, en la intimidad y... son cuestiones que ayudan a que la gente lacte mejor, y que los niños también estén más tranquilos a la hora de ir aprendiendo... a mamar. (M3)
- Durante la pandemia, en mi planta, empezaron a subir sustitutos nuevos... (...) Y ahí me di cuenta de que el desconocimiento que tenemos es tal, que lo único que podía ayudar era con mi experiencia. (P2)

Una vez recibida el alta en el hospital, las madres se topaban con “la cruda realidad” en sus casas: solas, sin poder recibir visitas y sin citas sanitarias presenciales de los profesionales de AP. Es ante este panorama cuando entran en juego las herramientas de la Web 2.0 o Web social. Fue en este periodo cuando algunas profesionales decidieron ofrecer consultorías privadas.

- La pandemia vino bien para muchas cosas. Claro, luego el post parto en casa, tú sola, sin apoyo, pues ya era otra cosa. Pero pienso que a nivel sanitario, sí que a lo mejor vino bien. Y luego pues en casa sería otra cosa, y... ahí sí que tendrían mucha implicación las redes sociales, todas las herramientas, la nueva tecnología... (M4)
- Empiezas pues con las amigas que van teniendo nenes, hablas con ellas por teléfono o te preguntan online, y luego vas viendo que... oye, que también es una manera de acompañar y de tranquilizar. (P3)

La atención telefónica también se hacía desde las consultas de AP durante el periodo de aislamiento. A veces las madres consideran “tonterías” algunas du-

das o problemas poco importantes como para asistir al centro sanitario. Tener consulta telefónica les resultó más fácil y menos violento. Si además una profesional te hace un seguimiento, genera confianza y crea un vínculo que aportó mucha seguridad. De hecho, en muchas ocasiones simplemente necesitaban pequeños consejos o apoyo moral y emocional. Por simple que parezca esto, se trata de un factor clave para la continuidad de la LM y es algo en lo que todas las participantes están de acuerdo.

- Me daba como más tranquilidad el poder llamar, preguntar igual una duda que tenía, que era sencilla, por la cual igual no visitaría o no pediría cita con el pediatra. Pero sí que, al tener la opción de la consulta telefónica, pues cosas más simples me parecía más práctico y creo que es algo que debería de continuar. (...) Sí que es verdad, que no sé si al final el tiempo les da para poder atender todo eso. (M1)
- Y me ofreció su apoyo 24h, vía telefónica o WhatsApp®, muchas veces por video llamada. A veces simplemente necesitaba apoyo moral, que me animara cuando pensaba en tirar la toalla a altas horas de la madrugada. (M7)

Así pues, durante la pandemia la Web 2.0 fue de gran ayuda en el tema que nos compete. Utilizada tanto por la vía pública como por la privada, abrió las puertas a un sinfín de posibilidades, pudiendo hoy en día combinar asistencia presencial y online. Tal es la importancia, que, tras el cese de muchas plataformas, una vez finalizada la pandemia, son muchas las madres que se encuentran más perdidas.

- Las redes sociales, las consultas puntuales, los perfiles, las apps...estaban muy a mano y muy actualizados...Y a golpe de un minuto pues tenías muchísima, muchísima información. Y yo que viví un embarazo en pandemia, pues al final la Web 2.0 ayudó mucho. (M1)
- A día de hoy las madres están más perdidas que en la pandemia, porque estos grupos telefónicos y online desaparecieron, cerraron, por lo que

sea. Se dejó un poco de lado y se volvió a la presencialidad. Y es verdad que las madres no saben ahora dónde buscar. (P3)

6.3.6. Categoría 6: Salud 2.0 y Apps en LM: una nueva forma de apoyo

Al preguntar a las participantes por las herramientas que consideran más útiles como apoyo a la LM, las apps Instagram® y WhatsApp® son las mejor valoradas en ambos grupos. Tienen una opinión muy positiva de ambas, considerándolas accesibles, rápidas, cómodas y fáciles. No obstante, tienen diferencias.

Por un lado, Instagram® permite seguir a profesionales que comparten contenido sobre embarazo, parto y lactancia; a otras madres que muestran su realidad, desmitificando ideas generalizadas, es muy dinámico, expansivo, y con muchísimas posibilidades. Por su parte, WhatsApp®, es más personal y útil para realizar seguimientos y en directo de forma urgente, puede “tranquilizar” a las madres o a sus familiares a cualquier hora del día, de forma instantánea.

Otras herramientas que permiten crear grupos y comunidades virtuales también son valoradas como muy positivas, como Telegram®, Twitter® (ahora X®), Teams®, las páginas web e-lactancia.org, la de LM de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la App Lactapp®.

- Lo de WhatsApp® también ha dado mucho juego... Les da una tranquilidad a las madres... Yo a las madres que veo, siempre tienen mi teléfono y yo les digo, “yo os contesto cuando pueda, porque obviamente esto es voluntario, es mi vida privada, pero siempre me podéis escribir”. Siempre prefiero audios porque parece que te explicas un poco mejor y en cuanto lo escucho pues contestas... Incluso de ahí, a veces han salido citas urgentes que he tenido que ver. (P2)

- Durante la pandemia, como hubo tantos grupos de matronas de Centros de salud que hacían consultas online, grupos de Telegram®, grupos de WhatsApp®, grupos de todo... las mamás se sentían mucho más apoyadas... sabían, por lo menos, dónde obtener recursos. (P3)

Su opinión sobre la posibilidad de realizar las consultas vía online en el puerperio es que depende del motivo de la consulta: lo encuentran positivo y útil para temas como formación, apoyo, prevención, hacer diagnósticos precoces y seguimiento diario; pero no lo consideran adecuado para otros problemas como dolor, grietas, mala succión, infección. En estos casos “no puedes arreglar un problema de lactancia en 5 min” y “la pantalla es una barrera”, considerando más convenientes las consultas presenciales o ambas.

- Sí, yo tengo consultas online. Pero, por ejemplo, para una lactancia con problemas, yo veo un poco barrera solo la pantalla. Porque para lograr una buena succión yo siempre les digo que me lo enseñen en foto pero recomiendo verlo “in situ” ¿sabes? Porque si es algo en plan formación general, todavía puedes hablar por teléfono, ofrecer apoyo. Pero cuando es un problema de grietas, dolor.... Ahí yo creo que presencial si o si. (P4)

Las redes sociales son un recurso que ofrece muchas posibilidades, utilizado por las madres como soporte durante su embarazo y LM. No obstante, destacan algunos inconvenientes que cabe tener en cuenta. Por un lado, algunas de estas herramientas (las participantes hablan de Instagram® y WhatsApp® fundamentalmente) son aplicaciones abiertas y al alcance de cualquier persona con Internet. Esto significa que puede haber cuentas engañosas o personas que publican información no veraz, ya sea por desconocimiento o para dar una imagen distorsionada. Por tanto, pueden no ser una vía fiable de información, volviendo a la desinformación y mitificación sobre la LM. A este respecto, una de las participantes propone la idea de “que la matrona, ya en las clases de Educación Prenatal, ofrezca un listado de recursos web fiables a los que seguir”. (P1)

- Hay que saber hacer también un poco de criba. Pero eso ya es un poco difícil. Porque hay mucha información y no toda es buena. Entonces existen, para mí, las dos vertientes. Internet ahora mismo está lleno de... pues de cosas muy buenas, pero que tienes que saber buscar y seleccionar la adecuada. (P2)
- Habiendo ¡jolín! tantos recursos, tantas matronas (...) ¿Cómo es posible que no hayas encontrado el recurso? (...) No llegamos a la persona que nos busca, ese es el problema. (P3)

Las asociaciones pro LM, son un recurso muy bien valorado, formado por voluntariado que exige tiempo y esfuerzo a la persona que publica y comparte contenido, hace seguimientos, crea grupos online... Y cuando se trata de profesionales de la salud, es un trabajo que realizan fuera de su horario, “ya que hacerlo en la jornada laboral está mal visto” (P2); de forma no remunerada, por voluntad propia de ayudar a las madres, lo cual pone de manifiesto la importancia y necesidad del tema que debatimos en el presente estudio.

Otra vez nos encontramos de nuevo con la falta de personal y de recursos del sistema sanitario. La no LM o su abandono prematuro son un problema cuya solución debería ser atajada desde las políticas sanitarias, y no de forma altruista por el personal y el voluntariado que enseña y a la vez aprende de su propia experiencia.

- No puedes arreglar un problema de lactancia en cinco minutos. (...) Pero deberían de... darnos nuestros tiempos para poder contestar esa llamada...crear esos chats. Tiene que haber un cambio desde arriba, que no piensen que no estás trabajando, estás dedicándote a hablar con un grupo de madres. Y eso también es educación sanitaria y debería de estar incluido en nuestro trabajo en los centros sanitarios. (P4)
- El poder realmente lo tiene la población (...) Si la población lo exige, los de arriba ceden. (M4)

6.3.7. Categoría 7: Características de una app sobre LM “ideal”

Dado que el mayor impedimento que se encuentran las madres con su lactancia y su continuidad es la falta de información y de apoyo, no cabe duda de que la Web 2.0 es un recurso que sirve de complemento en gran medida al proceso de LM.

- Creo que la atención 2.0 y la presencial son opciones complementarias (...) Es decir, los grupos de apoyo persona a persona también son fundamentales. Se van perdiendo porque requieren su esfuerzo. (...) No debemos perder esa... presencialidad. (P2)

Al preguntar a las participantes cómo sería el soporte y el contenido ideal que debería tener este recurso digital, además de los puntos positivos destacados en las apps sobre LM, añaden las siguientes características:

- Contenido gratuito e ilimitado, para asegurar el acceso universal.
- Destinada a profesionales de la salud, madres lactantes y entorno socio familiar.
- Que permita “feedback” o retroalimentación con la herramienta.
- Que ofrezca apoyo psicológico y positivo, empoderamiento de madre y familias, motivación y ánimo, a través de mensajes espontáneos y frecuentes.
- Con podcast y/o vídeos informativos de corta duración, como pequeños “tips”, “monodosis” de información, ya que durante los primeros días de la LM las madres tienen el tiempo muy limitado y destinado casi al 100% al bebé.
- Que la información publicada se ofrezca tanto en directo como en diferido.
- Con un lenguaje coloquial, claro y cercano, para facilitar su entendimiento.
- Información sobre de los riesgos de la lactancia de fórmula y los beneficios de la LM.
- Que ofrezca información actualizada y basada en la evidencia científica.
- Con un listado de enlaces directos a recursos Web 2.0 de calidad.
- Que esté formada por un equipo multidisciplinar, madres y familiares y voluntariado.

6.4. DISCUSIÓN

La falta de información adecuada sobre LM es un tema de gran relevancia en la sociedad actual para las mujeres que desean amamantar. Esto puede tener un impacto negativo en el inicio, mantenimiento y duración de la LM. Cuando las madres no están bien informadas sobre los beneficios de la lactancia, las técnicas adecuadas de amamantamiento o cómo solucionar problemas comunes, es más probable que abandonen la lactancia antes de lo deseado. Además, la falta de información también puede contribuir a la perpetuación de mitos y estigmas relacionados con la lactancia. En este sentido, un estudio³⁵⁵ señala que es importante que los profesionales sanitarios estén adecuadamente formados y reciban asesoramiento de entre 20 y 40 horas, donde se trabajen las habilidades de escucha y aprendizaje para dar un correcto apoyo a las madres. Otro estudio reciente³⁵⁶ afirma que los sistemas sanitarios deben promover la formación de los profesionales sanitarios en LM (especialmente los que están en contacto directo con las mujeres y sus recién nacidos), exigiendo dicha formación como parte esencial en su práctica asistencial.

Asimismo, la familia juega un papel fundamental en la LM. La pareja de la madre puede brindar apoyo emocional, ayudar con las tareas del hogar y el cuidado del bebé, y alentar a la madre a cuidar de sí misma. Cuando la pareja comprende los beneficios de la LM y participa activamente en el proceso, la madre se siente más respaldada y motivada para continuar amamantando. Por lo tanto, se reconoce que el entorno socio familiar es determinante para el inicio, duración y éxito de la LM, donde el apoyo y la experiencia de las mujeres del núcleo familiar pueden ofrecer herramientas para garantizar una correcta alimentación infantil³⁵⁷.

Por otro lado, muchas mujeres refieren que el apoyo familiar no es suficiente y buscan grupos de apoyo entre iguales como un espacio seguro donde pueden hablar abiertamente sobre sus desafíos y recibir consejos útiles de personas que han pasado por situaciones similares. Las madres valoran de forma positiva los grupos

de apoyo comunitario, pues al mismo tiempo que brindan asesoría y apoyo están normalizando la LM y brindan una sensación de confort y confianza mutua²¹⁸.

Las motivaciones que llevan a las mujeres lactantes a buscar grupos de apoyo son la necesidad de apoyo emocional, la adquisición de información y conocimientos, la posibilidad de participación, desarrollo personal, así como la capacitación y acción social y de empoderamiento. La sensación de pertenencia a una comunidad empoderadora puede ser crucial para superar las dificultades iniciales que a veces surgen con la LM, como el dolor o las dudas sobre la técnica de amamantamiento³⁵⁸.

Otra red de apoyo a considerar para el éxito en la LM son las herramientas de la Web 2.0, algo que se puso de manifiesto durante la pasada pandemia. Varios autores afirman que, a través de determinadas apps, las madres lactantes pueden asistir a charlas, cursos, clases preparatorias, grupos de ayuda mutua, grabar o reproducir videos en diversas plataformas, así como recibir asesoramiento y seguimiento vía online y/o telefónica³⁵⁹⁻³⁶². Un ejemplo de ello sería el diseño del programa de intervención “Amadrina a una primeriza” para la promoción de la LM, a través de una página web, desarrollado por una matrona canaria como parte de su proyecto de tesis doctoral³⁶³, que permite la interacción o feedback entre madres primerizas y compañeras de apoyo (madrinas), ya sean madres y/o profesionales de la salud con experiencia en LM. En la primera parte del proyecto esas uniones entre madrinas y primerizas se hicieron a través de una página web y los resultados fueron muy positivos, aumentando hasta el triple las tasas de LM en las madres que utilizaron la herramienta³⁶⁴.

Otro ejemplo sería la app “LactApp”, desarrollada por dos IBCLs, una de ellas también matrona, en el año 2015 para proporcionar apoyo personalizado online a la LM y que actualmente cuenta con un 23% de usuarias españolas, ofrece cursos de formación para profesionales sanitarios relacionados con la LM y ha atendido mas de 17 millones de consultas desde el año 2017 según un estudio recientemente publicado³⁶⁵.

Sin embargo, otros autores³⁶⁶ señalan que se debe tener cuidado y precaución con la información que se consume desde la Web 2.0, ya que las madres o cualquier otro usuario, pueden encontrar información engañosa y/o contradictoria. Por ello, sería conveniente que los profesionales de la salud sirvan de guías y ofrezcan a las madres recursos donde la información sobre la LM esté permanentemente actualizada y basada en la evidencia científica.

Algunas limitaciones del presente estudio deben ser señaladas. En primer lugar y en cuanto a las características de la muestra, tanto el proceso de selección (por conveniencia) como el número de la muestra no permiten generalizar los resultados obtenidos a otro tipo de población. Sin embargo, el grado de heterogeneidad conseguido recoge la variabilidad del contexto social estudiado.

Las autoras consideramos que estos hallazgos preliminares deberán se podrían enriquecer con muestras más amplias y diversas, con participación de otros profesionales de la salud y otros miembros del entorno socio familiar de las madres.

Asimismo, reconocemos la importancia de seguir investigando sobre el tema, para explorar en profundidad las necesidades de los profesionales de salud y las madres, para conocer de viva voz las barreras a los que se enfrentan, tales como la falta de información y formación del personal sanitario, para cumplir con la promoción y fomento de la LM, lo cual nos ayudará a insistir en la creación de nuevas políticas públicas y programas y conseguir los objetivos que se planteen en materia de LM.

Finalmente, tras los resultados de los discursos obtenidos de nuestro estudio, podemos afirmar que la Web 2.0, a través de sus herramientas (especialmente las apps que permiten el feedback), tiene un impacto significativo para el fomento de la LM, la continuidad de cuidados y en el empoderamiento de las madres para tomar decisiones informadas sobre su proceso de amamantamiento.

6.5. CONCLUSIONES

La Web 2.0 ha revolucionado la forma de búsqueda de información y apoyo sobre LM, creando una red de ayuda en línea, valorada como muy positiva por madres y profesionales, en continua expansión y que posibilita la obtención de mejores resultados en LM, proporcionando información actualizada y posibilitando una fuente de apoyo emocional mediante la creación de grupos de iguales.

La pandemia puso en valor los beneficios de la Web 2.0, permitiendo un seguimiento continuo de la LM, ya sea profesional o mediante grupos de apoyo, y paliando la escasez de recursos del sistema sanitario.

Una propuesta de mejora podría ser la implantación de una enfermera experta en LM que actuara como “gestora de casos en LM” de manera online. Se trataría de una figura referente para madres y familias que valore sus necesidades de apoyo durante toda su vivencia de la LM.

Las enfermeras debemos incluir las herramientas de las Web 2.0 como complemento a las redes de apoyo tradicional (profesionales de la salud públicos y privados, asesoras expertas en LM, asociaciones pro LM, familia y comunidad), como una nueva herramienta de intervención comunitaria que proporcione información actualizada y basada en la evidencia científica y empezar a recomendar recursos web o apps fiables y de calidad para el fomento de la LM.

7

Conclusiones



A continuación se detallan las conclusiones a las que llega la investigadora obtenidas a lo largo de las diferentes fases de esta tesis doctoral:

- 1** La prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta en Corvera es de un 60,17%, siendo superior a la de Asturias (56,3%), pero más baja si la comparamos con los datos a nivel nacional (en torno a un 70%) y nos encontramos aún muy lejos de las recomendaciones internacionales. Por ello, la Consejería de Salud del Principado de Asturias debería poner en práctica políticas y estrategias efectivas para la mejoría de estos datos.
- 2** Esta investigación cuenta con una muestra de población de 949 sujetos, más amplia y de mayor duración en el tiempo que los anteriores estudios realizados en Asturias y en otras comunidades autónomas posibilitando realizar una comparativa temporal, conocer los factores asociados al éxito o fracaso de la lactancia materna exclusiva e implementar estrategias adecuadas para el apoyo y fomento de la lactancia materna. Sería recomendable, no obstante, para futuras investigaciones, la recogida de datos de forma estandarizada siguiendo los indicadores y metodología de la OMS de forma que sea posible su fácil monitorización y comparación.
- 3** Los motivos de abandono de la lactancia materna en los primeros cuatro meses son mayoritariamente los problemas con la lactancia materna y las causas laborales. Muchas madres abandonan el hospital sin que reciban la información y el apoyo de personal sanitario necesarios para hacer frente los desafíos de la lactancia una vez en su domicilio. Es prioritario un mayor compromiso de las instituciones sanitarias para motivar y formar al personal sanitario en temas de lactancia materna, habilidades sociales y herramientas 2.0. para ofrecer una atención de calidad y un mayor apoyo a la lactancia materna. Se trata de una problemática compartida, además, por las participantes de los grupos de apoyo, que refieren que no se debe perpetuar el hecho de que la información proporcionada a las madres y

familias dependa del interés y la motivación personal de unos pocos profesionales.

- 4** Por otro lado, el pico de mayor abandono de la lactancia materna exclusiva se encuentra en torno a los cuatro meses, coincidiendo con la incorporación de la madre al trabajo. En este sentido también habría que aplicar, a nivel político y/o empresarial, medidas que faciliten la conciliación familiar y no supongan una barrera a la continuación de la lactancia materna.
- 5** Una adecuada educación maternal ejerce un efecto positivo en la duración y mantenimiento la lactancia. Por ello, proporcionar a las mujeres que desean amamantar un espacio de información, empoderamiento y apoyo entre iguales podría ser una herramienta eficaz para conseguir una lactancia materna exitosa.
- 6** El contacto “piel con piel”, durante las dos primeras horas de vida del bebé, es un elemento claramente favorecedor de la lactancia materna. Un mayor cumplimiento del documento del “Plan de parto” y la elección del/a matrn/a como profesional que asista el parto contribuiría a mejorar esta práctica dando lugar a un parto más respetado.
- 7** El elevado número de descargas de las aplicaciones móviles sobre lactancia materna que refleja este trabajo pone de manifiesto la existencia de una nueva vía de búsqueda de apoyo e información de las mujeres que han optado por la lactancia materna.
- 8** Para adaptarnos a esta nueva demanda, los profesionales de enfermería debemos capacitarnos en la creación de contenido digital y en el uso de las herramientas 2.0 e incluirlas en nuestra práctica diaria como un instrumento más de intervención comunitaria. Tenemos el gran reto de investigar quién está detrás de los contenidos que ofrecen las apps, que

deben basarse en la evidencia científica, ser fiables y en constante actualización, para ofrecer a los usuarios una garantía de calidad y seguridad.

- 9** La pandemia por Covid-19 supuso grandes restricciones de acceso a los servicios sanitarios presenciales y conllevó una adaptación del cuidado enfermero derivando en un incremento de la atención “en remoto”. Ocasionalmente, también, un considerable aumento del uso y las descargas de contenidos digitales sobre lactancia materna y esta tendencia al alza aún continúa en la actualidad.
- 10** Los grupos de apoyo a la lactancia materna constituyen un elemento clave en la atención a las mujeres que desean amamantar. Se trata de grupos de participación entre iguales, ya sea de forma presencial o virtual, donde compartir experiencias y consejos con madres que han pasado o están pasando por su mismo momento vital. El principal beneficio de estos grupos, recalcado por las participantes en el estudio, que o bien han acudido o son miembros de algún grupo de apoyo a la lactancia materna, es su capacidad “empoderadora” y de fortalecimiento de la autoestima a través del apoyo emocional mutuo, algo necesario para superar los retos de una lactancia materna prolongada.
- 11** El apoyo del entorno sociofamiliar es determinante para el éxito de la lactancia materna. El papel de la pareja cobra especial importancia en el cuidado del hogar y/o del resto de componentes de la familia si los hubiere, procurando un ambiente favorable y tranquilo y el necesario apoyo emocional a la mujer que está amamantando.
- 12** La Web 2.0 o Web social es valorada como positiva por las madres y profesionales de los grupos focales, tanto para la búsqueda e intercambio de información relacionada con la lactancia materna como para facilitar el seguimiento y/o asesoramiento profesional, la interacción social y la continuidad de cuidados. Todo ello, las 24 horas del día, los 365 días del año.

- 13** A partir de la investigación realizada y de los resultados encontrados se puede afirmar que la Web 2.0 o Web social y sus herramientas, en particular el influyente campo de las aplicaciones móviles de salud, podrían constituir un factor clave para el apoyo a la lactancia materna y, en consecuencia, para el empoderamiento de las mujeres que desean amamantar y la mejora de las cifras de lactancia materna.

8

Bibliografía



1. Butte NF, López Alarcón MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva: World Health Organization. 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42519/1/9241562110.pdf>
2. Recomendaciones sobre Lactancia Materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. [consultado el 13 de Enero de 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
3. Brahm P, Valdés V. The benefits of breastfeeding and associated risks of replacement with baby formulas. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(1):7-14. Disponible en: https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v88n1/en_arto1.pdf
4. Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics.* 2012;129:827-41. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/129/3/e827/31785/Breastfeeding-and-the-Use-of-Human-Milk>
5. Sullivan S, et al. Una dieta exclusivamente basada en leche humana se asocia con una tasa más baja de enterocolitis necrotizante que una dieta basada en leche humana y productos lácteos bovinos. *JPediatr.* 2010;156(4):562-7.
6. Herrmann K, Carroll K. Una dieta exclusivamente con leche humana reduce enterocolitis necrotizante. *Breastfeed Med.* 2014;9(4):184-90.
7. Meinen-Derr J, et al. Papel de la leche humana en el peso extremadamente bajo al nacer. Riesgo de enterocolitis necrotizante o muerte en los lactantes. *J Perinatol.* 2009;29(1):57-62.
8. Kelishadi R, Farajian S. Los efectos protectores de la lactancia materna sobre las enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta: una revisión de la evidencia. *Adv Biomed Res.* 2014;3:3.
9. Jarup MC, et al. La lactancia materna como factor protector contra el sobrepeso y la obesidad entre niños en edad preescolar. *Rev Chil Pediatr.* 2015;86(1):32-7.
10. Hediger ML, et al. Asociación entre la lactancia materna y el sobrepeso en niños pequeños. *JAMA.* 2001;285(19):2453-60.
11. Gillman MW, et al. Riesgo de sobrepeso entre adolescentes que fueron amamantados cuando eran bebés. *JAMA.* 2001;285(19):2461-7.
12. Aguilar MJ, et al. Lactancia materna para la prevención del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes; revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2014;31(2):606-20.
13. Von Kries R, et al. Lactancia materna y obesidad: estudio transversal. *BMJ.* 1999;319(7203):147-50.
14. Hess C, Ofei A, Mincher A. Lactancia materna y obesidad infantil entre afroamericanos: una revisión sistemática. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2015;40(5):313-9.
15. Martin RM, Gunnell D, Smith GD. Breastfeeding in Infancy and Blood Pressure in Later Life: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology.* 2005;161(1):15-26.
16. Cho S, Han E. Association of breastfeeding duration with dyslipidemia in women aged over 20 years: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2010-2014. *J Clin Lipidol* [Internet]. 2018 [consultado el 5 de Junio de 2023];12(2):437-46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29452892/>
17. Jones ME, et al. Factores de riesgo prenatales y en los primeros años de vida para la diabetes mellitus de inicio en la infancia: un estudio de vinculación de registros. *IntJ Epidemiol.* 1998;27(3):444-9.
18. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016; 387(10017):475-490. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext)
19. Kramer MS, et al. Promoción del ensayo de intervención en lactancia materna (PROBIT): un ensayo aleatorio en la República de Bielorrusia. *JAMA.* 2001; 285(4): 413-20.
20. Nacić AB, et al. Epidemiología de la diarrea por rotavirus en niños egipcios e implicaciones para el control de enfermedades. *Am J Epidemiol.* 1999; 150(7):770-777.
21. Morrow AL, et al. Protección contra la infección por *Giardia lamblia* mediante la lactancia materna en una cohorte de bebés mexicanos. *J Pediatr.* 1992; 121(3):363-70.
22. Meremikwu MM, Asindi AA, Antia-Obong OE. The influence of breast feeding on the occurrence of dysentery, persistent diarrhoea and malnutrition among Nigerian children with diarrhoea. *West Afr J Med* [Internet]. 1997 [consultado el 3 de Noviembre de 2023];16(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9133818/>
23. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics* [Internet]. 1997 [consultado el 1 de noviembre de 2023];99(6):e5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9164801/>

24. Libraty DH, et al. La lactancia materna durante la primera infancia se asocia con una menor incidencia de enfermedades febriles. *Abierto Revista Pediatr Med*. 2013;7:40-41.
25. Netzer-Tomkins H, Rubin L, Ephros M. La lactancia materna se asocia con una disminución de la hospitalización por fiebre neonatal. *Medicina de la lactancia materna*. 2016;11(5):218-221.
26. Lamberti LM, Zakarija-Grković I, Fischer Walker CL, Theodoratou E, Nair H, Campbell H, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [consultado el 7 de Noviembre de 2023];13(S3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24564728/>
27. Amitay EL, Keinan-Boker L. Lactancia materna e incidencia de leucemia infantil: un metanálisis y una revisión sistemática. *JAMA Pediatr*. 2015;169(6):e151025.
28. Saarinen UM, Kajosaari M. Lactancia materna como profilaxis contra la enfermedad atópica: estudio prospectivo de seguimiento hasta los 17 años. *Lancet*. 1995;346(8982):1065-9.
29. Bion V, Lockett GA, Soto-Ramírez N, Zhang H, Venter C, Karmaus W, et al. Evaluating the efficacy of breastfeeding guidelines on long-term outcomes for allergic disease. *Allergy* [Internet]. 2016 [consultado el 1 de Noviembre de 2023];71(5):661-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26714430/>
30. Mathias JG, Zhang H, Soto-Ramirez N, Karmaus W. The association of infant feeding patterns with food allergy symptoms and food allergy in early childhood. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2019 [consultado el 2 de Abril de 2023];14(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-019-0241-x>
31. Od WH, et al. Asociación entre la lactancia materna y el asma en niños de 6 años: hallazgos de un estudio prospectivo de cohorte de nacimiento. *BMJ*. 1999; 319(7213):815-9.
32. Dogaru CM, et al. Lactancia materna y asma infantil: revisión sistemática y metanálisis. *Am J Epidemiol*. 2014;179(10):1153-67.
33. Mortensen EL, et al. La asociación entre la duración de la lactancia materna y la inteligencia adulta. *JAMA*. 2002;287(18):2365-71.
34. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis [Internet]. *Epistemonikos*. [consultado el 1 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://www.epistemonikos.org/es/documents/9bc7262f5d0621cf236c1ee64a73c1aefcdb2feb>
35. Horwood LJ, Darlow BA, Mogridge N. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years [Internet]. *Nih.gov*. [consultado el 2 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1721196/pdf/v084p00F23.pdf>
36. Bar S, Milanaik R, Adesman A. Beneficios de la lactancia materna para el desarrollo neurológico a largo plazo. *Pediatra de opinión actual*. 2016;28(4):559-66.
37. Rochat TJ, et al. Lactancia materna exclusiva y cognición, función ejecutiva y trastornos del comportamiento en niños en edad de escuela primaria en las zonas rurales de Sudáfrica: un análisis de cohorte. *PLoS Med*. 2016;13(6):e1002044.
38. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy Plan*. 2019;34(6):407-417. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapol/article/34/6/407/5522499>
39. Díaz-Gómez NM, Ares S, Hernández-Aguilar MT, Ortega-García JA, Paricio-Talayero JM, Landa-Rivera L. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Contaminantes químicos y lactancia materna: tomando posiciones. *An Pediatr*. 2013;79(6): 391.e1-391.e5. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403313001604>
40. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. United Nations Children's Fund UNICEF; October 2016. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeedingpractices/>
41. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. ENSE, Encuesta Nacional de Salud. España 2017 [consultado el 24 de Enero de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
42. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit* [Internet]. 2001 [consultado el 9 de Noviembre de 2022];15(2):104-10. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-prevalencia-duracion-lactancia-materna-asturias-articulo-So213911101715294>

43. Dirección General de Salud Pública. Gobierno del Principado de Asturias. II Encuesta de Salud Infantil para Asturias 2017. [consultado el 29 Enero de 2022]. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/35439/38205/II%20ENCUESTA%20DE%20SALUD%20INFANTIL%20para%20ASTURIAS_21_03.pdf/b2eb3695-f5f4-94f4-8ee5-ba2fd51baf40
44. Oves B, Escartín L, Samper MP, Cuadrón L, Álvarez ML, Lasarte JJ, et al. Inmigración y factores asociados con la lactancia materna. Estudio CALINA. An Pediatr. 2013;81(1):32-8. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-inmigracion-factores-asociados-con-lactancia-articulo-S1695403313003858>
45. Hernández Aguilar MT, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas JJ, García Vera C, Díaz Marijuán C, Martín Calama J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2004;6:19-37. Disponible en: <https://pap.es/files/1116-340-pdf/353.pdf>
46. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2002 [consultado el 1 de Diciembre de 2023];56(2):144-50. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-factores-relacionados-con-el-abandono-articulo-S1695403302789443>
47. Roig AO. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia [Tesis en Internet]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012. Recuperado a partir de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf
48. Raventós Canet A, Crespo García A, Villa Vázquez S. Prevalencia de la lactancia materna en el área básica de salud de Sant Feliú-2 (Barcelona). Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:409-20. Disponible en: <https://pap.es/articulo/590/prevalencia-de-la-lactancia-materna-en-el-area-basica-de-salud-sant-feliu-2-barcelona>
49. Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. An Pediatr. 2014;80(1):6-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403313002385>
50. Ortega García JA, Pastor Torres E, Martínez Lorente I, Bosch Giménez V, Quesada López JJ, Hernández Ramón F, et al. Proyecto "Malama" en la Región de Murcia (España): medio ambiente y lactancia materna. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2008 [consultado el 1 de Diciembre de 2023];68(5):447-53. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/en-pdf-S1695403308701796>
51. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, SantaMarina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. 2015;29(1):4-9. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v29n1/original1.pdf>
52. Sacristán AM, Lozano JE, Gil M, Vega AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:33-46. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n49/original1.pdf>
53. Palomares Gimeno MJ, Fabregat Ferrer E, Folch Manuel S, Escrig García B, Escoín Peña F, Gil Segarra C. Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13(49):47-62. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13n49/original2.pdf>
54. Cuadrón L, Samper MP, Álvarez ML, Lasarte JJ, Rodríguez G, Grupo Colaborativo CALINA. Prevalencia de lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. An Pediatr. 2013;79:312-8. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-prevalencia-lactancia-materna-durante-el-articulo-S1695403313001288>
55. Giménez López V, Jimeno Sierra B, Valles Pinto MD, Sanz de Miguel E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17(65):17-26. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v17n65/O4_original1.pdf
56. Gallegos Pita J, Gómez Besteiro MI, Valiño Pazos C. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva y visita puerperal en un centro de salud de Carral (A Coruña). Matronas Prof. 2017;18(1):8-16. Disponible en: https://matronasprofesion.es/investigacion/prevalencia_de_la_lactancia_materna_exclusiva_y_visita_puerperal_en_un_centro_de_salud_de_carral_a_coruna
57. Herrera-Gómez A, Ramos-Torrecillas J, Ruiz C, Ocaña-Peinado FM, de Luna-Bertos E, García-Martínez O. Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna. Nutr Hosp. 2019;36(4):786-791. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v36n4/1699-5198-nh-36-04-00786.pdf>

58. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr*. 2018;89(1):32-43. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-linkresolver-prevalencia-lactancia-materna-factores-asociados-S1695403317303144>
59. Burguillo MPT, Campos Z, Sánchez M, González P, et al. Prevalencia de la Lactancia Materna en Huelva, duración y factores relacionados [Internet]. *Isciii.es*. [consultado el 1 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/clinica5.pdf>
60. Rodríguez Pérez MJ, Álvarez Vázquez E, Medina Pomares J, Velicia Peñas CV, Cal Conde A, Goicoechea Castaño A, et al. Prevalencia de lactancia materna en el Área Sanitaria de Vigo, Galicia. *Rev Esp Salud Pública*. 2017;91:1-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/170/17049838014/html/>
61. Bouza ET. Lactancia materna y sus determinantes [Tesis en Internet]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2015. Recuperado a partir de: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15939/TizonBouza_Eva_TD_2015.pdf?sequence=4&isAllowed=y
62. Cabedo R, Manresa JM, Cambredó MV, Montero L, Reyes A, Gol R, et al. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. *Estudio LACTEM. Matronas Prof*. 2019;20(2):54-61. Disponible en: <https://matronasprofesion.es/archivo/vol-20-num-2-2019/?ver=2-1-2>
63. Gil Urquiza MT. Factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en Cantabria [Tesis en Internet]. UCrea Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria. Cantabria: Universidad de Cantabria. 2017. Recuperado a partir de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/12112/Tesis%20MTGU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2019;51(2):9-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717304730>
65. López de Aberasturi A, Santos N, Ramos Y, García M, Artola C, Arara I. Notas metodológicas para aumentar la adherencia a un estudio sobre lactancia materna en un colectivo de mujeres de Bilbao: Estudio Zorrotzaurre. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2020;26(3). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v38n1/0212-1611-nh-38-1-50.pdf>
66. Conde Puertas E, Muñoz Blánquez M, de la Fuente Vélchez AM. Prevalencia de lactancia materna en la Zona Básica de Purullena (Granada). *Caminando hacia la acreditación IHAN. Rev Pediatr Aten Primaria*. 2022;24:13-21. Disponible en: <https://pap.es/articulo/13460/prevalencia-de-lactancia-materna-en-la-zona-basica-de-purullena-granada-caminando-hacia-la-acreditacion-ihan>
67. Mazo-Tomé PLD, Suárez-Rodríguez M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2018;75(1):49-56. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v75n1/1665-1146-bmim-75-01-49.pdf>
68. Grupo de trabajo español de la Iniciativa mundial de la lactancia materna. Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia. Presentación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet.]. 2013. [consultado el 2 de Enero de 2023]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/resumen-presentacion-encuestalm-julio2013_o.pdf
69. Lagan BM, Symon A, Dalzell J, Whitford H. 'The midwives aren't allowed to tell you': Perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture. *The Feeding Your Baby Study. Midwifery*. 2014;30(3):49-55.
70. Demirtas B. Strategies to support breastfeeding: A review. *Int Nurs Rev*. 2012 ;59(4):474-481.
71. Nelson AM. A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(2):13-20.
72. Meedyas S, Fahy K, Parratt J, Yoxall J. Supporting women to achieve breastfeeding to six months postpartum - The theoretical foundations of a successful program. *Women and Birth*. 2015;28(4):265-271.
73. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1981. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42533/1/9243541609_spa.pdf
74. Organización Mundial de la Salud. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad. Geneve: World health organization. 2011. Disponible en: https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/POLITICA_LACTANCIA_MATERNA_FINAL.pdf

75. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre Protección de Salud y Apoyo de la Lactancia. 1 de Agosto de 1990. Florencia (Italia): World Health Organization / UNICEF. 1990. Disponible en: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf
76. World Health Organization. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN). Ginebra: World Health Organization. 2009. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s4_es.pdf?ua=1
77. Figueredo SF, Mattar MJG, Freitas de Vilhena Abrao AC. Baby-friendly Hospital Initiative - a policy of promoting, protecting and supporting breastfeeding. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):459-63.
78. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Parto y Nacimiento. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
79. Gobierno del Principado de Asturias. Convenio de Colaboración suscrito entre el Principado de Asturias, a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, y el Ministerio de Sanidad y Consumo para desarrollar las recomendaciones establecidas en la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. 2008. Disponible en: <https://www.asturias.es/bopa/2008/09/22/20080922.pdf>
80. Philipp BL, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #7: Model Breastfeeding Policy (Revision 2010). *Breastfeed Med.* 2010;5(4):173-177.
81. World Health Organization. Integrated Health Services - What and why? Technical Brief 0.1, 008. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf
82. McLelland G, Hall H, Gilmour C, Cant R. Support needs of breast-feeding women: views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery.* 2015;31(1):1-6.
83. Rosin, S.I, Zakarija-Grkovi I. Towards integrated care in breastfeeding support: a cross-sectional survey of practitioners' perspectives. *International BF Journal.* 2016;11:15.
84. Boletín Oficial del Estado (BOE) n.º 128 de 29 de mayo de 2003. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS [Internet]. Gobierno de España. [Consultado el 12 agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
85. Boletín Oficial del Estado (BOE) n.º 280 de 22 de noviembre de 2003. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. [Internet]. Gobierno de España. [Consultado el 13 Agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
86. Miguel F, Fernández AI. Cartera de Servicios de Atención Primaria Desarrollo, organización, usos y contenido [Internet]. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [Consultado el 14 Agosto de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf
87. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS. 2003. [Consultado el 14 agosto de 2023]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/ga_infant_feeding_text_spa.pdf
88. Ladas AK. Breastfeeding: The less viable option. *J Trop Pediatr.* 1972;18:318.
89. Silverman PR, Murrow HG. Caregiver during critical role in the normal life cycle. Unpublished report. Boston: Harvard Medical School; 1978.
90. Thompson M. The effectiveness of mother-to-mother help: Research on the La Leche League International program. *Birth fam J* 3:1, Winter 1976-1977.
91. Sloper KS, Elsdon E, Baum JD: Increasing breast feeding in a community. *Arch Dis Child.* 1997;52:700.
92. Shelley E. Taylor. Lazos vitales. De cómo que el cuidado y el afecto son vitales para nuestras vidas. España: Ed. Taurus; 2002.
93. Organización Mundial de la Salud. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra; 1998. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_CHD_98.9/es/
94. 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).
95. App Annie. The State of Mobile in 2022 [Internet]. San Francisco, Jan 2022 [consultado 9 Febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.data.ai/en/insights/market-data/state-of-mobile-2022/>

96. Taki S, Campbell KJ, Russell CG, Elliott R, Laws R, Denney-Wilson E. Infant Feeding Websites and Apps: A Systematic Assessment of Quality and Content. *Interact J Med Res*. 2015;4(3):18.
97. Coughlin SS. The need for research-tested smartphone applications for promoting breastfeeding. *Mhealth*. 2016;2:18.
98. Betran AP, et al. Estudio ecológico del efecto de la lactancia materna en la mortalidad infantil en Latinoamérica. *BMJ*. 2001;323(7308):303-6.
99. Edmond K, et al. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2016 [consultado el 1 de mayo de 2023];4(4):266-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27013313/>
100. Ip S, et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment [Internet]. 2007 [Consultado el 14 Agosto de 2023];153:415. Disponible en: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>.
101. Gunderson EP, Lewis CE, Lin Y, Sorel M, Gross M, Sidney S, et al. Lactation duration and progression to diabetes in women across the childbearing years: The 30-year CARDIA study. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2018 [consultado el 20 de noviembre de 2023];178(3):328. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.7978>
102. Tschiderer L, Seekircher L, Kunutsor SK, Peters SAE, O'Keeffe LM, Willeit P. Breastfeeding is associated with a reduced maternal cardiovascular risk: Systematic review and meta-analysis involving data from 8 studies and 1 192 700 parous women. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2022 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];11(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/jaha.121.022746>
103. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *Lancet* [Internet]. 2002 [consultado el 20 de noviembre de 2023];360(9328):187-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12133652/>
104. 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* [Internet]. 2015 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];104(467):96-113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/apa.13102>
105. Zhan B, Liu X, Li F, Zhang D. Breastfeeding and the incidence of endometrial cancer: A meta-analysis. *Oncotarget* [Internet]. 2015 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];6(35):38398-409. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26384296/>
106. Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];171:142-54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503271400576X>
107. He X, Zhu M, Hu C, Tao X, Li Y, Wang Q, et al. Breast-feeding and postpartum weight retention: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr* [Internet]. 2015 [consultado el 20 de Noviembre de 2023];18(18):3308-16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s1368980015000828>
108. Chan HL, Lau EMC, Woo J, Lin F, Sham A, Leung PC. Dietary calcium intake, physical activity and the risk of vertebral fracture in Chinese. *Osteoporos Int* [Internet]. 1996 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];6(3):228-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/bf01622739>
109. Bolzetta F, Veronese N, De Rui M, Berton L, Carraro S, Pizzato S, et al. Duration of breastfeeding as a risk factor for vertebral fractures. *Bone* [Internet]. 2014 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];68:41-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8756328214003019>
110. Hwang IR, Choi YK, Lee WK, Kim JG, Lee IK, Kim SW, et al. Association between prolonged breastfeeding and bone mineral density and osteoporosis in postmenopausal women: KNHANES 2010-2011. *Osteoporos Int* [Internet]. 2016 [consultado el 1 de Noviembre de 2023];27(1):257-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-015-3292-x>
111. Xiao H, Zhou Q, Niu G, Han G, Zhang Z, Zhang Q, et al. Association between breastfeeding and osteoporotic hip fracture in women: a dose-response meta-analysis. *J Orthop Surg Res* [Internet]. 2020 [consultado el 1 de Noviembre de 2023];15(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13018-019-1541-y>
112. Fox KM, Magaziner J, Sherwin R, Scott JC, Plato CC, Nevitt M, et al. Reproductive correlates of bone mass in elderly women. *J Bone Miner Res* [Internet]. 1993 [consultado el 1 de Noviembre de 2023];8(8):901-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jbmr.5650080802>

113. Murphy S, Khaw K-T, May H, Compston JE. Parity and bone mineral density in middle-aged women. *Osteoporos Int* [Internet]. 1994 [consultado el 1 de Noviembre de 2023];4(3):162-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/bf01623063>
114. Crandall CJ, Liu J, Cauley J, Newcomb PA, Manson JE, Vitolins MZ, et al. Associations of parity, breastfeeding, and fractures in the women's health observational study. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 [consultado el 2 de Noviembre de 2023];130(1):171-80. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2017/07000/associations_of_parity,_breastfeeding,_and.24.aspx
115. Melton LJ III, Bryant SC, Wahner HW, O'Fallon WM, Malkasian GD, Judd HL, et al. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporos Int* [Internet]. 1993 [consultado el 1 de Noviembre de 2023];3(2):76-83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/bf01623377>
116. Walters D, Eberwein J, Sullivan L, Shekar M. Reaching the global target for breastfeeding. An investment framework for nutrition: reaching the global targets for stunting, anemia, breastfeeding, and wasting. Directios in development-human development. Washington: World Bank Group; 2017.
117. Oshaug A, Botten GS. Human milk in food supply statistics. *Food Policy*. 1994;19(5):479-82.
118. Smith JP. Lost milk? Counting the economic value of breast milk in gross domestic product. *J Hum Lact*. 2013;29(4):537-46
119. Berg A. The nutrition factor. Washington: The Brookings Institution; 1973.
120. Ortiz J, McGilligan K, Kelly P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. *Pediatr Nurs*. 2004;30(2):111-9.
121. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot*. 1995;10(2):148-53.
122. International Labour Organization. Maternity and paternity at work: law and practice across the world. Geneva: International Labour Organization; 2014.
123. Renfrew MJ, Pokhrel S, Quigley M, McCormick F, Fox-Rushby J, Dodds R, et al. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. London: UNICEF UK; 2012.
124. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martinez JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387:491-504.
125. Mahon, J., L. Claxton y H. Wood, Modelado de la rentabilidad de la leche humana y la lactancia materna en bebés prematuros en el Reino Unido. *Health Econ Rev*. 2016;6(1):54.
126. Smith JP, Borg B, Iellamo A, Nguyen TT, Mathisen R. Innovative financing for a gender-equitable first-food system to mitigate greenhouse gas impacts of commercial milk formula: investing in breastfeeding as a carbon offset. *Front Sustain Food Syst* [Internet]. 2023 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fsufs.2023.1155279>
127. Thelancet.com. Series from the Lancet journals: Breastfeeding 2023 [consultado el 21 de Noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/series/Breastfeeding-2023>
128. Paricio Y. Objetivos de Desarrollo Sostenible y lactancia materna [Internet]. Ihan.es. [consultado el 21 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ihan.es/objetivos-de-desarrollo-sostenible-y-lactancia-materna/>
129. Zielinska, Hamulka. Protective effect of breastfeeding on the adverse health effects induced by air pollution: Current evidence and possible mechanisms. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [consultado el 21 de noviembre de 2023];16(21):4181. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16214181>
130. Tran CD, Dodder NG, Quintana PJE, Watanabe K, Kim JH, Hovell MF, et al. Organic contaminants in human breast milk identified by non-targeted analysis. *Chemosphere* [Internet]. 2020 [consultado el 21 de noviembre de 2023];238(124677):124677. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0045653519319010>
131. Perera FP. Multiple threats to child health from fossil fuel combustion: Impacts of air pollution and climate change. *Environ Health Perspect* [Internet]. 2017 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];125(2):141-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1289/ehp299>
132. Alexander V. Early-life exposure to endocrine disrupting chemicals and later-life health outcomes: An epigenetic bridge? *Aging Dis* [Internet]. 2014 [consultado el 2 de Noviembre de 2023];5(6):419. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14336/ad.2014.0500419>

133. Barouki R, Melén E, Herceg Z, Beckers J, Chen J, Karagas M, et al. Epigenetics as a mechanism linking developmental exposures to long-term toxicity. *Environ Int* [Internet]. 2018 [consultado el 3 de Noviembre de 2023];114:77-86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160412017319402>
134. Chi ZH, Goodyer CG, Hales BF, Bayen S. Characterization of different contaminants and current knowledge for defining chemical mixtures in human milk: A review. *Environ Int* [Internet]. 2023 [consultado el 3 de Noviembre de 2023];171:107717. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36630790/>
135. Rovira J, Martínez MÁ, Mari M, Cunha SC, Fernandes JO, Marmelo I, et al. Mixture of environmental pollutants in breast milk from a Spanish cohort of nursing mothers. *Environ Int* [Internet]. 2022 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];166(107375):107375. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35777115/>
136. Martín-Carrasco I, Carbonero-Aguilar P, Dahiri B, Moreno IM, Hinojosa M. Comparison between pollutants found in breast milk and infant formula in the last decade: A review. *Sci Total Environ* [Internet]. 2023 [consultado el 22 de Noviembre de 2023];875(162461):162461. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36868281/>
137. Criswell R, Crawford KA, Bucinca H, Romano ME. Endocrine-disrupting chemicals and breastfeeding duration: a review. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* [Internet]. 2020 [consultado el 23 de Noviembre de 2023];27(6):388-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33027070/>
138. Bernasconi S, Street ME, Iughetti L, Predieri B. Chemical contaminants in breast milk: a brief critical overview. *Global Pediatrics* [Internet]. 2022 [consultado el 23 de Noviembre de 2023];2(100017):100017. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667009722000112>
139. Lifemilch [Internet]. Lifemilch.eu. [consultado el 23 de Noviembre de 2023] Disponible en: <https://lifemilch.eu/>
140. Marx-Stoelting P, Rivière G, Luijten M, Aiello-Holden K, Bandow N, Baken K, et al. A walk in the PARC: developing and implementing 21st century chemical risk assessment in Europe. *Arch Toxicol* [Internet]. 2023 [consultado el 23 de Noviembre de 2023];97(3):893-908. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00204-022-03435-7>
141. Wu Y, Zhang G, Wang Y, Wei X, Liu H, Zhang L, et al. A review on maternal and infant Microbiota and their implications for the prevention and treatment of allergic diseases. *Nutrients* [Internet]. 2023 [consultado el 23 de Noviembre de 2023];15(11):2483. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/15/11/2483>
142. Guaraldi F, Salvatori G. Effect of breast and formula feeding on gut Microbiota shaping in newborns. *Front Cell Infect Microbiol* [Internet]. 2012 [consultado el 23 de Noviembre de 2023];2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fcimb.2012.00094>
143. Blanco-Cedres L, Guerra E, Rodríguez S. Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. *Acta odontol venez* [Internet]. 2007 [consultado el 23 de Noviembre de 2023];45(1):71-73. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000100012&lng=es.
144. Lopes TS, Moura L, Lima MC. Breastfeeding and sucking habits in children enrolled in a mother-child health program. *BMC Res Notes*. 2014;14(7):362.
145. Moimaz SA, Zina LG, Saliba NA, Saliba O. Association between breast-feeding practices and sucking habits: a cross-sectional study of children in their first year of life. *J Indian Soc Ped od Prev Dent* 2008;26(3):102-6.
146. Viggiano D. Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition. *Arch Dis Child* [Internet]. 2004 [consultado el 20 de noviembre de 2023];89(12):1121-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2003.029728>
147. Abate A, Cavagnetto D, Fama A, Maspero C, Farronato G. Relationship between breastfeeding and malocclusion: A systematic review of the literature. *Nutrients* [Internet]. 2020 [consultado el 23 de Noviembre de 2023];12(12):3688. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/nu12123688>
148. Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and bottle feeding as risk factors for dental caries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2015 [consultado el 20 de Noviembre de 2023];10(11):e0142922. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0142922>
149. Chen CH, et al. El efecto de la alimentación materna y con biberón sobre la saturación de oxígeno y la temperatura corporal en niños prematuros. *Bebés. Revista de lactancia humana*. 2000;16(1):21-27.
150. Mathew OP, Bhatia J. Patrones de succión y respiración durante la alimentación con pecho y biberón en recién nacidos a término: efectos de la entrega y composición de nutrientes. *Revista Estadounidense de Enfermedades de los Niños*. 1989;143(5):588-592
151. World Health Organization. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Conclusions of a Consensus Meeting Held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA, 2008.

152. Comité de Lactancia Materna (CLM) de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. 2016. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
153. Moore ER, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(5):CD003519.
154. Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;9(90): 1-18. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS9oC_MDG.pdf
155. Australian Institute of Health and Welfare. National Infant Feeding Survey: 2010 Australian National Infant Feeding Survey: Indicator Results. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2011. Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737420927>
156. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding report card-United States 2013. Disponible en: www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf
157. CO1.5: Breastfeeding rates OECD Family database OECD - Social Policy Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf>
158. WHO. Global nutrition targets 2025: policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). Geneva: WorldHealth Organization. 2014. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/
159. Black LA. Research and Information Service briefing paper: Breastfeeding rates. North Ireland Assembly, NIAR Publication number 392-11. 2011. Disponible en: www.niassembly.gov.uk/Documents/RaISe/Publications/2011/Health/14811.pdf
160. United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children reports, years 1998, 2004, 2008 and 2014. Disponible en: <https://www.unicef.org/sowc98/sowc98.pdf>, <https://www.unicef.org/sowc04/>, <https://www.unicef.org/sowc08/>, https://www.unicef.org/myanmar/SOWC2014_In_Numbers_28_Jan.pdf
161. Encuestas Nacionales de Salud 1995, 2001, 2006, 2012. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>
162. Shearer BF. Notable Women in the Life Sciences: A Biographical Dictionary. Shearer BS, Barbara S, editors. Westport, Connecticut: Greenwood Press;1996. p. 396-400. ISBN 0313293023.
163. Paricio Talayero JM, Hernández Aguilar MT. Historia de la lactancia: Aspectos históricos de la alimentación al pecho. En: Manual de lactancia materna. Ed Médica Panamericana; 2009.
164. Organización Mundial de la Salud (OMS). Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra: OMS, 1981. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_search.php
165. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cantidad y calidad de la leche materna. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de lactancia natural. Ginebra: OMS, 1985. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_search.php
166. Diario Oficial de las Comunidades Europeas en 4 de Julio de 1991. Directiva de la Comisión de la Comunidad Económica Europea 91/321, relativa a los preparados para lactantes y preparados de continuación. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31991L0321>
167. Real Decreto 1408/1992, de 20 de noviembre, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico-Sanitaria Específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación. BOE núm. 11, de 13 de enero de 1993, páginas 793 a 801. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1993/01/13/pdfs/A00793-00801.pdf>
168. Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria. BOE núm. 189, de 6 de agosto de 1996, páginas 24322 a 24325. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1996/08/06/pdfs/A24322-24325.pdf>
169. Real Decreto 72/1998, de 23 de enero, por el que se aprueba la Reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación. BOE núm. 30, de 4 de febrero de 1998, páginas 3772 a 3780. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1998/02/04/pdfs/A03772-03780.pdf>

170. Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación. BOE núm. 131, de 30 de mayo de 2008, páginas 25121 a 25137. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/05/30/pdfs/A25121-25137.pdf>
171. World Health Organization (WHO). Maternal, infant and young child nutrition: Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf
172. Kent G, Sayed G, Abul-fad A. Análisis crítico de la provisión gubernamental de fórmula infantil en Egipto / Government provision of infant formula in Egypt. Soc Med (Soc Med Publ Group) [Internet]. 2016 [consultado el 23 de Noviembre de 2023] ;11(1):1-7. Disponible en: <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/923>
173. Herrero Martínez, MH. Políticas de promoción de lactancia materna en España y Europa: un análisis desde el género. Dilemata. 2017;25:201-215.
174. Indicators for assessing infants and Young child feeding practices. En: Unicef [en línea] [consultado el 1 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/indicators-for-assessing-infant-and-young-child-feeding-practices/>
175. Vallenás C. Formación para el asesoramiento en lactancia materna. En: J. Martín Calama (Presidencia) (Ed.), 1º Congreso Español de Lactancia Materna. Valencia, España: IHAN, 2000.
176. IHAN. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. Comité Nacional de la IHAN 2016 [iHan]. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/comite-nacional-de-la-ihan/>
177. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/24590_calidad_en_la_asistencia_profesional_al_nacimiento_y_la_lactancia.pdf
178. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. A55/15. Ginebra, 16 de abril de 2002. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
179. Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño. Conclusiones de la reunión de consenso. Ginebra, 6-8 noviembre de 2007. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf
180. Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf?ua=1
181. Vulcanovic L. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [consultado el 1 de Diciembre de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=927:2009-la-iniciativa-hospital-amigo-nino&Itemid=0&lang=es
182. Hernández MT, González E, Bustinduy A, Arana C, Martínez-Herrera B, et al. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia): Una garantía de calidad. Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [consultado el 1 de Diciembre de 2023];11(43):513-29. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n43/12_colaboraciones.pdf
183. Rollán A, Martínez-Herrera B. Asociación Española de Pediatría. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños. Normas recomendadas para la Unión Europea. Madrid, 2006. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/2-alimentacionlactantes_normas_recomendadasue.pdf
184. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
185. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria Estándares y Recomendaciones. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
186. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Informes, estudios e investigación. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011. Disponible en: <file:///C:/Users/ayor2/Downloads/IHAN.pdf>

187. Asensi Monzó MT, Fabregat Ferrer E, Gutiérrez Sigler MD, Soriano Faura J. Atención en las primeras 48 horas tras el alta de maternidad en la consulta de enfermería o Pediatría. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014;16:117-24. Disponible en: <https://pap.es/articulo/11993/atencion-en-las-primeras-48-horas-tras-el-alta-de-maternidad-en-la-consulta-de-enfermeria-o-pediatría>
188. UNICEF. Derechos de los recién nacidos prematuros. Derecho 5: Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna [consultado el 1 de Diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/salud_prematuros_guiaderecho5_web.pdf
189. Breastfeeding series: The Lancet: January 30, 2016. Disponible en: <http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>
190. Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding [Internet]. Who.int. [consultado el 2 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/nurturing-the-health-and-wealth-of-nations-the-investment-case-for-breastfeeding>
191. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la AEP nº5. Madrid: Egón; 2004.
192. Comité de Lactancia Materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria. Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2011.
193. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. [consultado el 9 de Noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf
194. Lactancia materna en niños mayores o "prolongada" del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. [consultado el 9 de Noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201501-lactanciamaterna-prolongada.pdf>
195. ¿Qué es el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna? del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. [consultado el 9 de Noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201601-codigo-comercializacion-lm.pdf>
196. ¿Conoces los bancos de leche? del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. [consultado el 9 de Noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201801-bancos-leche.pdf>
197. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas [Internet]. Gob.es. [consultado el 9 de Noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/saludSexualReproduccion/cuidadosNacimientos.htm>
198. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) [Internet]. Who.int. [consultado el 9 de Noviembre de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_30-sp.pdf
199. Goikoetxea BP, Elosegí IE, Aliaga IA, Yerobi MU, Iturrioz MJU, Zubizarreta NZ. Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof* [Internet]. 2014 [consultado el 9 de Noviembre de 2023];15(2):70-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4800955>
200. García Rodríguez MJ. Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto. *Reduca. Serie Matronas*. 2011;3(3):153-75. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/739/754>
201. Comité de Lactancia Materna del Hospital 12 de Octubre y Centro de Salud de Atención Primaria. Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Madrid: Servicio madrileño de salud. 2011. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia_lm_h12o_2011.pdf
202. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010 Octubre. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>
203. Ronald J, Bayne D, Armand-Frappier I, Goldbloom RR, McWhinney IR, Gellman DD, et al. Canadian task force. The periodic health examination [Internet]. Nih.gov. [consultado el 9 de Noviembre de 2023]. *CMA Journal*. 1979;121:1193-1254. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704686/pdf/canmedaj01457-0037.pdf>

204. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Logroño: Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. 2010. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
205. Righard L. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*. 1990;336(8723):1105-7. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIO140-6736\(90\)92579-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIO140-6736(90)92579-7/abstract)
206. Joanna Briggs Institute. Programas de lactancia materna en unidades de atención primaria y especializada. Best practice. 2011;15(3):1-4. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2011_15_3_BestPrac.pdf
207. Syfrett EB. Very early kangaroo care beginning at birth for healthy preterm infants and mother who choose to breastfeed: effect on outcome. A workshop on kangaroo-mother method for low birthweight infants. Trieste, Italia: World Health Organization. Octubre 1996.
208. Miles R, Cowan F, Glover V, Stevenson J, Modi N. A controlled Trial of skin-to-skin contact in extremely preterm infants. *Early Hum Dev*. 2006;82(7):447-55. Disponible en: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378-3782\(05\)00276-8](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378-3782(05)00276-8)
209. Fregan L, Helseht S, Fagermoen MS. A comparison of mother's and father's experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2008;17(6):810-6. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x/abstract>
200. Yin Y, Wang RH, Lee MM, Yuh YS. Mothers' satisfaction: Kangaroo care vs traditional nursing. *J Nurs*. 2003;50(2):93-7. Disponible en: http://tao.wordpedia.com/show_pdf.ashx?sess=c1y3k345t3sh2b55xmb5uomw&file_name=JO00000211_50-2_37-47&file_type=r
211. Feldman R, Weller A, Leckman JF, Kuint J, Eidelman AI. The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *J Child Psychiatr*. 1999;40(6):929-39. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10509887>
212. Gathwala G, Singh B, Balhara B. KMC facilitates mother's baby attachment in low birth weight infants. *Indian J Pediatr*. 2008;75(1):43-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18245934>
213. McLelland G, Hall H, Gilmour C, Cant R. Support needs of breast-feeding women: Views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery* [Internet]. 2015 [consultado el 9 de noviembre de 2023];31(1):1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25451547/>
214. Burns E, Schmied V. "The right help at the right time": Positive constructions of peer and professional support for breastfeeding. *Women Birth* [Internet]. 2017 [consultado el 9 de noviembre de 2023];30(5):389-97. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216302116>
215. Floris L, Irion O, Bonnet J, Politis Mercier MP, de Labrusse C. Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. *Women Birth* [Internet]. 2018 [consultado el 9 de noviembre de 2023];31(2):124-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28711398/>
216. Kim SK, 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* [Internet]. 2018 [consultado el 9 de Noviembre de 2023];80:94-105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29407349/>
217. Burns E, Triandafilidis Z, Schmied V. Designing a model of breastfeeding support in Australia: An appreciative inquiry approach. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2020 [consultado el 9 de Noviembre de 2023];28(5):1723-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32291888/>
218. Sebastián MP. Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de promoción de la salud en la comunidad: un estudio descriptivo en la Región de Murcia. [Tesis doctoral en Internet]. [Murcia]: Universidad de Murcia; 2013 [consultado 3 de Marzo de 2023]. Disponible en: <https://extranet.unavarra.es/servlet/DanaInfo=dialnet.unirioja.es,SSL+tesis?codigo=96862>
219. Patricio Talayero JM. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Ed Ergon. 2004.
220. García B, Jesús M. Maternidad y ecología. Prensas Universitarias de Zaragoza; 2009.
221. García B, Jesús M. El nacimiento de una asociación es como el nacimiento de una criatura. 25 años de Vía Láctea. Vía Láctea; 2012.
222. Otero M. Relactación y lactancia inducida. Madrid, Elsevier; 2005.

223. Laredo Ortiz S, Montemurro RR. Los grupos de apoyo de madres en el centro de salud. Los talleres de lactancia. En: Manual de lactancia materna. Editorial Médica Panamericana; 2009.
224. Massó E. Lactancia materna y transformación social: multidimensionalidad de la lactancia materna desde la filosofía. En VIII Congreso FEDALMA. Lactancia materna: construyendo al ser humano. Barcelona. 1-2 de junio de 2011.
225. Massó E. Una etnografía lactivista: la dignidad lactante a través de deseos y políticas. *Revista de Antropología Iberoamericana*. 2015;2:232-57.
226. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 1999 [consultado el 13 de Noviembre de 2023];353(9160):1226-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10217083/>
227. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2002.
228. Chung M. Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med* [Internet]. 2008 [consultado el 13 de Noviembre de 2023];149(8):565. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18936504/>
229. Ladas A. How to help mother breast feed, *Clinic Pediatric*. The Cochrane Library. 1970;9:702-707.
230. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Libr* [Internet]. 2017 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];2017(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28244064/>
231. Gavine A, Shinwell SC, Buchanan P, Farre A, Wade A, Lynn F, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Libr* [Internet]. 2022 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];2022(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36282618/>
232. Chang YS, Beake S, Kam J, Lok KYW, Bick D. Views and experiences of women, peer supporters and healthcare professionals on breastfeeding peer support: A systematic review of qualitative studies. *Midwifery* [Internet]. 2022 [consultado el 21 de Noviembre de 2023];108(103299):103299. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35276491/>
233. Amamantar Asturias, Asociación de mujeres de apoyo a la lactancia materna [Internet]. Amamantarasturias.org. [consultado el 21 de Noviembre de 2023]. Disponible en: <https://amamantarasturias.org/>
234. APROMAP [Internet]. APROMAP. 2022 [consultado el 21 de Noviembre de 2023]. Disponible en: <https://apromap.com/>
235. Fedalma. 2021 [consultado el 21 de Noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.fedalma.org/>
236. Muñoz G, Fernández L, Pineda E, Moreno J. Webpacientes.org, una experiencia en línea de información y formación en e-salud. *UOC Papers*. Revista sobre la sociedad del conocimiento; 2007 (4): 51-60. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/muniz.pdf>
237. Jadad AR, Haynes RB, Hunt D, Browman GP. The Internet and evidence-based decision-making: a needed synergy for efficient knowledge management in health care. *CMAJ* [Internet]. 2000 [consultado el 6 de Enero de 2024];162(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10693595/>
238. Hesse BW, Moser RP, Rutten LJ. Surveys of physicians and electronic health information. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 [consultado el 13 de Noviembre de 2023];362(9):859-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmc0909595>
239. Peralta MC. Encuesta Pfizer, El rol de Internet en el proceso de consulta de información sobre salud [Internet]. Silo.tips. [consultado el 2 de Enero de 2023]. Disponible en: <https://silo.tips/download/encuesta-pfizer-el-rol-de-Internet-en-el-proceso-de-consulta-de-informacion-sobr>
240. We Are Social Spain. Octubre 2023 [consultado 3 de Enero de 2023]. Digital 2023. Disponible en: <https://wearesocial.com/es/wp-content/uploads/sites/4/2023/10/DataReportal-GDRO13-20231019-Digital-2023-October-Global-Statshot-Report-v02-1.pdf>
241. Castells M. La dimensión cultural de Internet [Internet]. [consultado 3 de Julio de 2023]. Disponible en: <https://www.uoc.edu/culturaxxi/esp/articles/castells0502/castells0502.html>
243. Castells M. La era de la información, I. La sociedad red. Madrid: Alianza; 1997.
242. Drucker P. The age of discontinuity: Guidelines to our changing society. New York: Routledge; 2017.

244. Morales, A. Comunicación Mediada por Computador: Interfaz y Usuarios. Chilenos de Internet [Tesis doctoral]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2000.
245. Cepeda, JM. Manual de Inmersión 2.0 para profesionales de salud. Salud Conectada; 2014. Disponible en: https://www.revistaseden.org/boletin/files/8493_manual_inmersion_salud_20_v1.pdf
246. Historia de Internet [Internet]. Upc.edu. [consultado el 4 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.fib.upc.edu/retro-informatica/historia/Internet.html>
247. De la Web 1.0 a la Web social en salud [Internet]. El blog de Salusplay. 2017 [consultado el 24 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/web-social-salud/>
248. Perfil VT mi. Diferencias entre la Web 1.0 y la Web 2.0 [Internet]. Blogspot.com. [consultado el 24 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <http://tecnolopedia.blogspot.com/2013/01/diferencias-entre-la-web-10-y-la-web-20.html>
249. INEbase [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2022 ; Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en los Hogares [consultado el 15 de Junio de 2023]. Disponible en: <https://ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6898>
250. Barrera-Ortiz L, Carrillo-González GM, Chaparro-Díaz L, Afanador NP, Sánchez-Herrera B. Social support through using ICT for family caregivers regarding people suffering chronic disease. Rev Salud Publica (Bogotá) [Internet]. 2011 [consultado el 15 de Junio de 2023];13(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22030997/>
251. World Health Organization (WHO). eHealth at WHO [Internet]. Geneva, SW: World Health Organization; 2018 [consultado el 12 de Agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.who.int/ehealth/about/en/>.
252. mHealth: New horizons for health through mobile technologies [Internet]. WHO Regional Office for África. [consultado el 16 de agosto de 2023]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44607/9789241564250_eng.pdf?sequence=1
253. Ferguson T, Frydman G. The first generation of e-patients. BMJ [Internet]. 2004 [consultado el 15 de Junio de 2023];328(7449):1148-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7449.1148>
254. Universitat Oberta de Catalunya. Jiménez J et al. Tendencias en el uso de Internet como fuente [Internet]. Uoc.edu. [consultado el 6 de Julio de 2023]. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez.html>
255. Ros-Martín M. Evolución de los servicios de redes sociales en Internet. Prof Inf [Internet]. 2009 [consultado el 3 de Junio de 2023];18(5):552-8. Disponible en: <https://revista.profesionaldelainformacion.com/index.php/EPI/article/view/epi.2009.sep.10>
256. APP GuíaSalud. Guía Salud, Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de Salud (I+CS); 2013 [consultado el 9 Julio de 2022]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/web/guest/App>
257. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Nuevas tecnologías, apps y su aplicación en la práctica clínica basada en evidencias. Enferm Clin. 2014;24:99-101.
258. Gabarrón E, Fernández-Luque L. eSalud y vídeos online para la promoción de la salud. Gac Sanit. 2012;26:197-200.
259. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo AJ. Prescripción de links y de aplicaciones móviles fiables y seguras, ¿estamos preparados para este nuevo reto? Evidentia. 2013;10.
260. Ramos-Morcillo AJ, Fernández-Salazar S. El blog: una herramienta para visibilizar y mejorar los cuidados de enfermería. Evidentia. 2011;8.
261. Organización Mundial de la Salud. Cibersalud [Internet]. 58.a Asamblea Mundial de la Salud; del 16 al 25 de mayo del 2005; Ginebra (Suiza). Ginebra Suiza: OMS; 2005 (resolución WHA58.28) [consultado el 10 Julio de 2023]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A582005_REC1-sp.pdf
262. Fundadeps.org. [consultado el 1 de Diciembre de 2023]. Disponible en: https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf
263. Programa DIGITAL Europa - Programas de trabajo [Internet]. Configurar el futuro digital de Europa. [consultado el 1 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/es/activities/work-programmes-digital>
264. Portal Horizonte Europa [Internet]. Horizonte.europa.es. [consultado el 1 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.horizonteeuropa.es/>
265. EU4health. [consultado el 1 de Diciembre de 2023]; Disponible en: <https://eu4health.eu/>

266. Ministerio de Transformación Digital - España Digital 2025 [Internet]. Gob.es. [consultado el 1 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://advancedigital.mineco.gob.es/programas-avance-digital/paginas/espana-digital-2025.aspx>
267. Moorley C, Chinn T. Developing nursing leadership in social media. *J Adv Nurs*. 2016;72:514-20.
268. Ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs*. 2014;70:295-309.
269. Secretaria del Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial. Ontsi. Indicadores de Internet. [consultado 22 Julio 2023]. Disponible en: <https://www.ontsi.red.es/es/indicadores/Hogares-y-ciudadanos/Internet/>
270. Tang K, Gerling K, Chen W, Geurts L. Information and communication systems to tackle barriers to breastfeeding: Systematic search and review. *J Med Internet Res*. 2019;21(9):1-15.
271. Díaz Cano AI, Esplugues A. Actualización y recomendación de apps sobre lactancia materna. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2023 [consultado el 9 de Noviembre de 2023];99(6):440-2. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-actualizacion-recomendacion-apps-sobre-lactancia-articulo-S1695403323001339>
272. Sidhu S, Ma K, Sadovnikova A. Features and educational content related to milk production in breastfeeding apps: Content analysis informed by social cognitive theory. *JMIR Pediatr Parent*. 2019;2(1):1-13.
273. Almohanna AA, Win KT, Meedya S. Effectiveness of Internet-based electronic technology interventions on breastfeeding out-comes: Systematic review. *J Med Internet Res*. 2020;22(5):1-18.
274. Skelton KR, Evans R, LaChenaye J, Amsbary J, Wingate M, Talbott L. Exploring social media group use among breastfeeding mothers: Qualitative analysis. *JMIR Pediatr Parentand Parent*. 2018;1(2):1-8.
275. Bridges N, Howell G, Schmied V. Exploring breastfeeding support on social media. *Int Breastfeed J*. 2018;13(1):1- 9.
276. Kapinos K, Kotzias V, Bogen D, Ray K, Demirci J, Rigas MA, et al. The use of and experiences with telelactation among rural breastfeeding mothers: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2019;21(9):1-8.
277. Delgado JM, Merino F, Monte E, Tomás JÁ de, Cepeda J. Competencias digitales clave de los profesionales sanitarios. *Educ Med*. 2020; 21(5): 338-344.
278. Navarret RR. Recursos digitales para la atención y el apoyo a la lactancia materna. *Evidentia* [Internet]. 2022 [consultado el 15 de Octubre de 2023];29(1):e14031. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/ev/article/view/e14031>
279. Asturias en cifras (Demografía) - IDEPA [Internet]. Idepa.es. [consultado el 1 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.idepa.es/conocimiento/asturias-en-cifras/demografia>
280. Decreto 16/2021, de 26 de marzo, de octava modificación del Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba, con carácter definitivo, el Mapa Sanitario de Asturias, y se dictan normas para su puesta en práctica. BOPA núm. 66, de 8 de mayo de 2021; páginas 1 a 15. Disponible en: <https://sede.asturias.es/bopa/2021/04/08/2021-03309.pdf>
281. Dirección General de Política y Planificación Sanitarias, Consejería de Salud, Gobierno del Principado de Asturias. SADEI. Actualización demográfica del Mapa Sanitario de Asturias 2022. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/35439/37169/Mapa_Padron_2022_Libro.pdf/oc9cf850-f5d4-9292-3fb1-gfa26d449276?t=1681126080802
282. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos y Industriales (SADEI). El movimiento natural de la población (MNP) 2022 [Internet]. Sadei.es. [consultado el 6 de Diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.sadei.es/sadei/Resources/PX/Databases/Notas_prensa/02/MNP_2022.pdf
283. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (SADEI). Censo de Viviendas y Hogares de Asturias 2022 [Internet]. Sadei.es. [consultado el 4 de Diciembre de 2023]. Disponible en: [https://www.sadei.es/sadei/urbanismo--construccion-y-vivienda/vivienda_201_1_ap.html?f=o8_o6_o2\\$o8o6o2o8.px](https://www.sadei.es/sadei/urbanismo--construccion-y-vivienda/vivienda_201_1_ap.html?f=o8_o6_o2$o8o6o2o8.px)
284. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos y Industriales (SADEI). El movimiento natural de la población (MNP) 2010-2022 [Internet]. Sadei.es. [consultado el 4 de Diciembre de 2023]. Disponible en: [https://www.sadei.es/sadei/poblacion/movimiento-natural-de-la-poblacion_169_1_ap.html?f=o2_o8_o6_o6\\$o2o8o6o6o2.px](https://www.sadei.es/sadei/poblacion/movimiento-natural-de-la-poblacion_169_1_ap.html?f=o2_o8_o6_o6$o2o8o6o6o2.px)
285. Instituto Nacional de Estadística (INE). Fenómenos demográficos por comunidades y ciudades autónomas y tipo de fenómeno demográfico. MNP Estadística de Nacimientos en el Principado de Asturias. [Internet]. INE. [consultado el 4 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=6567>

286. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Fecundidad. Edad Media a la Maternidad por orden del nacimiento por comunidad autónoma, según nacionalidad (española/extranjera) de la madre [Internet]. INE. [consultado el 4 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1580>
287. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Fecundidad. Tasa Global de Fecundidad por Comunidad Autónoma 2021 [Internet]. INE [consultado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1443&L=0>
288. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Fecundidad. Edad media a la maternidad por orden del nacimiento por Comunidad Autónoma 2022 [Internet]. INE [consultado el 6 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1580>
289. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Fecundidad. Edad Media a la Maternidad por provincia, según orden del nacimiento [Internet]. INE. [consultado el 6 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1581>
290. Instituto Nacional de Estadística (INE). Indicadores de Fecundidad. Tasas de Fecundidad por Comunidad Autónoma, según orden del nacimiento, nacionalidad y edad de la madre [Internet]. INE. [consultado el 7 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1440>
291. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. JOGNN. 2009;38:259-68. Disponible en: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)30186-6/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)30186-6/fulltext)
292. The Joanna Briggs Institute. Best practice information sheet: women's perceptions and experiences of breastfeeding support. Nursing and Health Sciences. 2012;14:133-5. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2012.00679.x>
293. Handa D, Schanler RJ. Role of the pediatrician in breastfeeding management. Pediatr Clin N Am. 2013;60:1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031395512001691?via%3Dihub>
294. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. An Esp Pediatr. 1999;50:333-40. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/50-4-2.pdf>
295. de Lauzon-Guillain B, Thierry X, Bois C, Bournez M, Davaise-Paturet C, Dufour MN, et al. Maternity or parental leave and breastfeeding duration: Results from the ELFE cohort. Matern Child Nutr [Internet]. 2019 [consultado el 9 de Noviembre de 2023];15(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.12872>
296. Heymann J, Sprague AR, Nandi A, Earle A, Batra P, Schickedanz A, et al. Paid parental leave and family wellbeing in the sustainable development era. Public Health Rev [Internet]. 2017 [consultado el 9 de Noviembre de 2023];38(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s40985-017-0067-2>
297. Cooklin AR, Rowe HJ, Fisher JRW. Paid parental leave supports breastfeeding and mother-infant relationship: a prospective investigation of maternal postpartum employment. Aust N Z J Public Health [Internet]. 2012 [consultado el 9 de Noviembre de 2023];36(3):249-56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S13260202023016680>
298. Grandahl M, Stern J, Funkquist E-L. Longer shared parental leave is associated with longer duration of breastfeeding: a cross-sectional study among Swedish mothers and their partners. BMC Pediatr [Internet]. 2020 [consultado el 9 de Noviembre de 2023];20(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-020-02065-1>
299. Navarro-Rosenblatt D, Garmendia ML. Maternity leave and its impact on breastfeeding: A review of the literature. Breastfeed Med [Internet]. 2018 [consultado el 9 de Noviembre de 2023];13(9):589-97. Disponible en: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2018.0132?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed
300. Domínguez Aurrecoechea B, Fernández Francés M, Ordóñez Alonso MA, López Vilar P, Merino Ramos L, Aladro Antuña A et al. Influencia de la asistencia a guarderías sobre la morbilidad en niños menores de 12 meses de edad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:303-12. Disponible en: <https://pap.es/articulo/11745/influencia-de-la-asistencia-a-guarderías-sobre-la-morbilidad-en-niños-menores-de-12-meses-de-edad>
301. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Lactancia materna y vuelta al trabajo. [Internet]. NTP 664 [Consultado el 30 de Junio de 2019]. Disponible en: https://www.insst.es/documentos/94886/326775/ntp_664.pdf/e2a0a079-1f4d-4c39-a95c-5c8770017057
302. Abdulwadud OA, Snow ME. Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;10:CD006177. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006177/epdf/full>

303. Hawkins SS, Stern AD, Baum CF, Gillman MW. Compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative and impact on breastfeeding rates. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2014;99(2):138-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4090088/pdf/nihms597878.pdf>
304. Cervera-Gasch Á, Mena-Tudela D, Leon-Larios F, Felip-Galvan N, Rochdi-Lahniché S, Andreu-Pejó L, et al. Female employees' perception of breastfeeding support in the workplace, public universities in Spain: A multicentric comparative study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [consultado el 13 de Noviembre de 2023];17(17):6402. Disponible en: https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/190450/cervera_2020_female.pdf?sequence=1&isAllowed=y
305. Dinour LM, Szaro JM. Employer-based programs to support breastfeeding among working mothers: A systematic review. *Breastfeed Med* [Internet]. 2017 [consultado el 13 de Noviembre de 2023];12(3):131-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2016.0182>
306. Steurer LM. Maternity leave length and workplace policies' impact on the sustainment of breastfeeding: Global perspectives. *Public Health Nurs* [Internet]. 2017 [consultado el 13 de Noviembre de 2023];34(3):286-94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/phn.12321>
307. Russell C, Adhanom Ghebreyesus T. Declaración conjunta de UNICEF y la OMS con motivo de la Semana Mundial de la Lactancia Materna [Internet]. Unicef.org. [consultado el 15 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/declaracion-conjunta-directora-ejecutiva-unicef-y-director-general-oms-semana-lactancia-materna>
308. Martínez JM, Delgado M. Early initiation of breastfeeding is benefited by maternal education program. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(3):254-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23688509/>
309. Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003;88(5):380-2. Disponible en: <https://fn.bmj.com/content/88/5/F380.long>
310. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001;131(11):3012S-5S. Disponible en: <https://academic.oup.com/jn/article/131/11/3012S/4686704>
311. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25;11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464366/>
312. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez NM. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2019 [consultado el 6 de Julio de 2023]; Epub 07-Sep-2020. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v93/1135-5727-resp-93-e201902006.pdf>
313. Informe de evaluación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) del Sistema Nacional de Salud. Serie SANIDAD 2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
314. Editorial. Breastfeeding: achieving the new normal. *The Lancet*. 2016;387(10017):404. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2900210-5>
315. 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* [Internet]. 2024 [consultado el 24 de Diciembre de 2023];56(1):102772. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-lactancia-materna-espana-factores-relacionados-So212656723002056>
316. IBM Knowledge Center. Defining the mobile application requirements [Internet]. Ibm.com. 2021 [consultado el 26 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ibm.com/docs/en/spm/7.0.1?topic=requirements-defining-mobile-application>
317. Barzanallana R. Historia del desarrollo de aplicaciones Web. Universidad de Murcia [Internet]. Wwww.um.es. [consultado el 26 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.um.es/docencia/barzana/DIVULGACION/INFORMATICA/Historia-desarrollo-aplicaciones-web.html>
318. Misra S. More than 165,000 mobile health apps now available [Internet]. iMedicalApps. 2015 [consultado el 26 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.imedicalapps.com/2015/09/ims-health-apps-report/>

319. MHealth apps market size, share & trends analysis report by type (fitness, medical), by region (north America, Europe, Asia pacific, Latin America, middle east & Africa), and segment forecasts, 2023 - 2030 [Internet]. Grandviewresearch.com. [consultado el 26 de Diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/mhealth-app-market>
320. Erazo Caicedo MI, Jiménez Ruiz M del C, López Morales C. Empoderamiento y liderazgo femenino; su papel en la autogestión comunitaria en el corregimiento El Hormiguero - Valle del Cauca. Av Psicol Latinoam [Internet]. 2014 [consultado el 2 de Enero de 2023];32(1):149-57. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2014-34453-011.pdf>
321. Rappaport J. In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. Am J Community Psychol [Internet]. 1981 [consultado el 2 de Enero de 2023];9(1):1-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/bf00896357>
322. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. 2010 [consultado el 27 de Diciembre de 2023]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/g789g62642657-spa.pdf?sfvrsn=4ab1514d_2
323. March Cerdà JC. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. Rev Calid Asist [Internet]. 2015 [consultado el 26 de Diciembre de 2023];30(1):1-3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-pacientes-empoderados-una-mayor-confianza-S1134282X15000056>
324. Areosa LA. Prescribir Links y Apps para empoderar a los pacientes. Enferm Dermatol [Internet]. 2014 [consultado el 26 de Diciembre de 2023];8(22):44-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5014764>
325. Seyyedi N, Rahmatnezhad L, Mesgarzadeh M, Khalkhali H, Seyyedi N, Rahimi B. Effectiveness of a smartphone-based educational intervention to improve breastfeeding. Int Breastfeed J [Internet]. 2021 [consultado el 2 de Enero de 2023];16(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-021-00417-w>
326. Qian J, Wu T, Lv M, Fang Z, Chen M, Zeng Z, et al. The value of mobile health in improving breastfeeding outcomes among perinatal or postpartum women: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. JMIR MHealth UHealth [Internet]. 2021 [consultado el 29 de Diciembre de 2023];9(7):e26098. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2196/26098>
327. Mieso B, Neudecker M, Furman L. Mobile phone applications to support breastfeeding among African-American women: A scoping review. J Racial Ethn Health Disparities [Internet]. 2022 [consultado el 6 de Diciembre de 2023];9(1):32-51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40615-020-00927-z>
328. Schindler-Ruwisch JM, Roess A, Robert RC, Napolitano MA, Chiang S. Social support for breastfeeding in the era of mHealth: A content analysis. J Hum Lact [Internet]. 2018 [consultado el 2 de Enero de 2023];34(3):543-55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0890334418773302>
329. Sidhu S, Ma K, Sadovnikova A. Features and educational content related to milk production in breastfeeding apps: Content analysis informed by social cognitive theory. JMIR Pediatr Parent [Internet]. 2019 [consultado el 30 de Diciembre de 2023];2(1):e12364. Disponible en: <https://pediatrics.jmir.org/2019/1/e12364/>
330. Cheng H, Tutt A, Llewellyn C, Size D, Jones J, Taki S, et al. Content and quality of infant feeding smartphone apps: Five-year update on a systematic search and evaluation. JMIR MHealth UHealth [Internet]. 2020 [consultado el 2 de Enero de 2023];8(5):e17300. Disponible en: <https://mhealth.jmir.org/2020/5/e17300/>
331. Biviji R, Williams KS, Vest JR, Dixon BE, Cullen T, Harle CA. Consumer perspectives on maternal and infant health apps: Qualitative content analysis. J Med Internet Res [Internet]. 2021 [consultado el 2 de Enero de 2023];23(9):e27403. Disponible en: <https://www.jmir.org/2021/9/e27403/>
332. Lucas Arteaga RS, Cevallos Flores SA, Pita Salazar RA, Quijije Quiroz, HB, Marcillo Merino MJ. El Internet de las cosas y su aplicación en la pandemia contra el covid-19: el Internet de las cosas. Unesum-ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria. 2021 [consultado 2 Febrero de 2022]; 5 (6): 13-20. Disponible en: <https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v5.n4.2021.404>
333. Thompson E. App Annie 2016 Retrospective, Mobile's Continued Momentum. Data.ai. [consultado el 2 de Enero de 2023]. Disponible en: <https://www.data.ai/en/insights/market-data/app-annie-2016-retrospective/#:::text=App%20Annie%202016%20Retrospective%20—%20Mobile%27s%20Continued%20Momentum,-Eric%20Thompson&text=In%202016%2C%20the%20mobile%20market,App%20Store%20and%20Google%20Play.>
334. Kirvan P. 10 formas en que la pandemia cambió la transformación digital [Internet]. ComputerWeekly.es. TechTarget; 2021 [consultado el 3 de Enero de 2023]. Disponible en: <https://www.computerweekly.com/es/consejo/10-formas-en-que-la-pandemia-cambio-la-transformacion-digital>

335. World Health Organization & UNICEF. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. WHO. Geneve. 2018 [consultado el 3 de Enero de 2023]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>
336. Balaguer Martínez JV, Valcarce Pérez I, Esquivel Ojeda JN, Hernández Gil A, Martín Jiménez M del P, Bernad Albareda M. Apoyo telefónico de la lactancia materna desde Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2018 [consultado el 19 de Febrero de 2023];89(6):344-51. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-apoyo-telefonico-lactancia-materna-desde-articulo-S1695403318301036>
337. ConSalud.ed. El uso de la telemedicina en España aumenta un 153%. (The use of telemedicine in Spain increases 153%). 6 May 2020. [consultado el 19 de Febrero de 2022]. Disponible en: https://www.consalud.es/tecnologia/tecnologia-sanitaria/telemedicina-espana-aumenta-153_78862_102.html
338. LactApp. Informe lactancia 2020: Así ha afectado la pandemia a la lactancia materna, Agosto 2020. [consultado el 28 de Marzo de 2023]. Disponible en: <https://lactapp.es/informe-lactancia-2020/>
339. Martín Fernández A, Marco Cuenca G, Salvador Oliván JA. Evaluación y acreditación de las aplicaciones móviles relacionadas con la salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2020 [consultado el 4 de Febrero de 2022]; 94:1-11. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202008085.pdf
340. Puigdomènech-Puig E, Poses-Ferrer E, Espallargues Carreras M, Blasco Amaro JA, Varela Lema L, Paz Valiñas L. Evaluación de tecnología basada en mSalud para aplicaciones móviles. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2021. Disponible en: https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2021/Evaluacion_mSalud_aplicaciones_moviles_RedETS_AQuAS_2021.pdf
341. Estrategia de calidad y seguridad en aplicaciones móviles de salud. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. [consultado el 2 de Enero de 2023]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/estrategia-de-calidad-y-seguridad-en-aplicaciones-moviles-de-salud/>
342. Claves para aumentar la tasa de retención de tu app [Internet]. Tangramconsulting.es. [consultado el 2 de Enero de 2023]. Disponible en: <https://tangramconsulting.es/noticias/claves-para-aumentar-la-tasa-de-retencion-de-tu-app>
343. Pallás Alonso CR, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. *Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2019 [consultado el 6 de noviembre de 2023];21(82):191-201. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200020
344. Gavine A, Marshall J, Buchanan P, Cameron J, Leger A, Ross S, Murad A, McFadden A. Remote provision of breastfeeding support and education: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2022;18(2):e13296. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8932718/pdf/MCN-18-e13296.pdf>
345. Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI). Uso de tecnología en los hogares españoles [Internet]. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Madrid, 2022. [consultado el 6 de Octubre de 2023]. Disponible en: https://www.ontsi.es/sites/ontsi/files/2022-02/usotecnologiahogares_2022_1.pdf
346. Taki S, Campbell KJ, Russell CG, Elliott R, Laws R, Denney-Wilson E. Infant Feeding Websites and Apps: A Systematic Assessment of Quality and Content. *Interact J Med Res*. 2015;4(3):18. Disponible en: <https://doi.org/10.2196%2Fijmr.4323>
347. Coughlin SS. The need for research-tested smartphone applications for promoting breastfeeding. *Mhealth*. 2016;2:18. Disponible en: <https://doi.org/10.21037%2Fmhealth.2016.04.03>
348. Souza LK de. Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. *PSIUNISC* [Internet]. 4º de janeiro de 2020 [consultado el 6 de Noviembre de 2023];4(1):52-66. Disponible en: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/13500>
349. Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 1999;20(1):5-25. Disponible en: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23448/000265360.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
350. King L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicol Rev*. 2004;10(15):124-136. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5752/202>

351. Silva MG, Fernandes JD, Rebouças LC, Rodrigues GRS, Teixeira GA, Silva RMO. Publications that used focal group as research technique: what do they teach us? *Cienc Cuid Saúde*. 2013;12(2):398-406. Disponible en: [https://doi.org/10.1016%2FS0212-6567\(00\)78485-X](https://doi.org/10.1016%2FS0212-6567(00)78485-X)
352. Hernández González Osvaldo. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2021[consultado el 6 de Noviembre de 2023];37(3):e1442. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-21252021000300002&lng=es.
353. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo analizar un relato biográfico. *Arch Memoria*. 2009; 6, fasc. 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>
354. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:423-436. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v76n5/colabora4.pdf
355. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, Gavine A, Girard LC, Symon A, MacGillivray S. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*. 2019;14:42. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>
356. Llorente-Pulido S, Custodio E, López-Giménez MR, Otero-García L. Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding within the Health System and Public Policies from In-Depth Interviews to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;19(1):128. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8750100/pdf/ijerph-19-00128.pdf>
357. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. El entrono familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev Fac Med*. 2015;63(2): 217-227. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n2/v63n2ao6.pdf>
358. Dewanti LP, Febrihartanty J, Roshita A, Dewanti LP. Online mother support group: the new way of peer support for improving breastfeeding performance. *J Health Educ*. 2019;4:22-28. Disponible en: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jhealthedu/article/view/29407>
359. Galvão DMPG, Silva EMB, Silva DM. Use of new technologies and promotion of breastfeeding: integrative literature review. *Rev Paul Pediatr*. 2021;40:e2020234. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020234>
360. Morse H, Brown A. The benefits, challenges and impacts of accessing social media group support for breastfeeding: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2022;4:e13399. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.13399>
361. Azak M, Yilmaz B, Şahin N. Analysis of YouTube© Videos Regarding Breastfeeding During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Matern Child Health J*. 2023;9:1548-1558. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03722-4>
362. Hidayana I, Prawindarti L, Umar N, Ambarwati K, Rosatriani F. Marketing of commercial milk formula during COVID-19 in Indonesia. *Matern Child Nutr*. 2023;3:e13491. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.13491>
363. González Darias A. Evaluación del programa de intervención amadrina a una primeriza en la promoción de la lactancia materna [Tesis doctoral]. La Laguna: Universidad de La Laguna; 2017. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=236035&orden=o&info=link>
364. Gonzalez Darias A, Diaz Gomez NM, Rodriguez Martin S, Hernandez Perez C, Aguirre Jaime A. 'Supporting a first-time mother': Assessment of success of a breastfeeding promotion programme. *Midwifery*. 2020 Jun;85:102687. doi: 10.1016/j.midw.2020.102687. Epub 2020 Mar 3. PMID: 32163797.
365. Jones A, Bhaumik S, Morelli G, Zhao J, Hendry M, Grummer-Strawn L, Chad N. Digital Marketing of Breast-Milk Substitutes: a Systematic Scoping Review. *Curr Nutr Rep*. 2022;3:416-430. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13668-022-00414-3>
366. Padró-Arocas A, Quifer-Rada P, Aguilar-Camprubí L, Mena-Tudela D. Description of an mHealth tool for breastfeeding support: LactApp. Analysis of how lactating mothers seek support at critical breastfeeding points and according to their infant's age. *Res Nurs Health* [Internet]. 2021;44(1):173-86. [consultado el 6 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.>

9

Anexos



ANEXO 1

Autorizaciones de los Comités de Ética

1.1

Informe de evaluación de la Comisión de Investigación del Área Sanitaria III, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

1.2.

Autorización de investigación de la Gerencia del Área Sanitaria III, Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

1.3.

Informe de aprobación del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Principado de Asturias (CEImPA).



INFORME DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL ÁREA SANITARIA III

El Dr. Manuel Ángel Sandoval García, Presidente de la Comisión de Investigación

CERTIFICA:

Que esta Comisión Permanente ha evaluado la propuesta de Estudio Clínico Epidemiológico (PI 08/2022), titulado: **“LA WEB 2.0 (O WEB SOCIAL): CLAVE PARA EL EMPODERAMIENTO Y EL APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA”**, cuya Investigadora Principal en nuestro Área es D^a. Ana Isabel Díaz Cano (Enfermera del Banco de Sangre) y cuya directora de tesis es la Dra. Ana Esplugues Cebrián (Profesora de Enfermería de la Universidad de Valencia).

Que la considera un proyecto **VIABLE y PERTINENTE** en los términos que constan en la documentación presentada.

Avilés, 5 de abril de 2022

Fdo.: Dr. Manuel Ángel Sandoval García



Avilés, 28 de marzo de 2022

Tras la revisión de la documentación remitida se procede a la autorización por la Gerencia del Área Sanitaria III de la ampliación de la Tesis Doctoral - Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria (29 de junio de 2017) **"La web 2.0 (o web social): clave para el empoderamiento y el apoyo en la lactancia materna"**, a cargo de la enfermera de este Área Sanitaria III D^a. Ana Isabel Díaz Cano.

El estudio cumple los requisitos necesarios para llevarse a cabo, incluyendo el compromiso del equipo investigador de tratar los datos de acuerdo con la normativa vigente, especialmente, el Reglamento General de Protección de Datos y la Ley de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Fdo: Ricardo de Dios del Valle
Gerente del Área Sanitaria III



Oviedo, 5 de septiembre de 2022

El Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto –cód CEImPA 2022.068, titulado "LA WEB 2.0 (O WEB SOCIAL): CLAVE PARA EL EMPODERAMIENTO Y EL APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA". Investigador Principal ANA ISABEL DIAZ CANO, Hospital San Agustín.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Los Consentimientos informados deberán firmarse por duplicado (para dejar constancia de ello) y una copia deberá ser archivada con la documentación del estudio.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: PABLO ISIDRO MARRÓN
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias



ANEXO 2

**Tabla con los Tipos de aportación económica
a la Seguridad Social según grupo y situación**

Tabla con los Tipos de aportación económica a la Seguridad Social según grupo y situación

GRUPO	SITUACIÓN	% TIPO APORTACIÓN	CÓDIGO TIPO APORTACIÓN
Activos	-Síndrome tóxico. -Discapacidad. -Perceptores de rentas de integración social. -Parados que han agotado el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación. -Accidente de trabajo y enfermedad profesional.	0%	TSI001
	-Activos con rentas inferiores a 18.000 € / año y sus beneficiarios. -Menores de edad y embarazadas (durante el embarazo, parto y post-parto) de países sin convenio con España o en situación irregular. -Usuarios de otras comunidades autónomas que tengan recetas de activo del SNS en las que no se indique el tipo de aportación asignado, mientras el Ministerio no implante la consulta electrónica de sus datos.	40%	TSI003
	-Activos con rentas inferiores a 100.000 € / año y superiores o iguales a 18.000 € / año y sus beneficiarios. -Extranjeros con Tarjeta Sanitaria Europea o de países con convenio de colaboración con España que no acrediten su condición de pensionistas.	50%	TSI004
	-Activos con renta igual o superior a 100.000 € / año y sus beneficiarios.	60%	TSI005
Pensionistas	-Pensiones no contributivas. -Síndrome tóxico. -Discapacidad.	0%	TSI001
	-Pensionistas con renta menor a 18.000 € / año y sus beneficiarios.	10%	TSI002
	-Pensionistas con renta menor a 100.000 € y mayor o igual a 18.000 € /año y sus beneficiarios.		
	-Usuarios de otras comunidades autónomas que tengan recetas pensionistas del SNS en las que no se indique el tipo de aportación asignado, en tanto en cuanto el Ministerio no implante la consulta electrónica de sus datos.		
	-Extranjeros con Tarjeta Sanitaria Europea o de países con convenio de colaboración con España que acrediten la condición de pensionistas.		
	-Pensionistas con renta igual o superior a 100.000 € /año y sus beneficiarios.	60%	TSI005
Personas sin recursos	-Mayores de 26 años	40%	TSI003
	-Menores de 65 años	40%	TSI003
	-Mayores de 65 años.	10%	TSI002
Mutualistas	-Usuarios de mutualidades (MUFACE, MUGEJU, ISFAS).	30%	TSI006

(TSI: Tarjeta Sanitaria Individual)

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia.

Elaboración propia.

ANEXO 3

Tasas Globales de Fecundidad (TGF) por comunidades autónomas, comparativa años 2021 y 2022

Tasas globales de fecundidad (TGF) por comunidades autónomas, comparativa años 2021 y 2022 (orden creciente). Unidades: Nacimientos por cada 1000 mujeres

2021		2022	
Canarias	23,69	Canarias	24,62
Asturias	24,84	Asturias	24,71
Cantabria	26,82	Cantabria	27,22
Galicia	27,05	Galicia	27,35
Castilla y León	29,22	Castilla y León	28,87
País Vasco	30,62	País Vasco	31,82
Extremadura	31,24	Comunitat Valenciana	32,15
Total Nacional	31,40	Total Nacional	32,25
Comunitat Valenciana	31,70	Madrid	32,41
Balears, Illes	31,82	Rioja, La	32,55
Madrid	31,91	Castilla - La Mancha	32,75
Cataluña	32,12	Extremadura	32,77
Aragón	32,59	Cataluña	33,12
La Rioja	32,59	Balears, Illes	33,57
Castilla - La Mancha	32,67	Aragón	34,26
Andalucía	32,94	Andalucía	34,34
Navarra	33,30	Navarra	35,90
Ceuta	36,77	Ceuta	36,33
Murcia	38,34	Murcia	39,80
Melilla	44,03	Melilla	45,91

Fuente: Indicadores de fecundidad, INE España y total Nacional.
Elaboración propia.

ANEXO 4

**Hoja Informativa de Participación en el Grupo Focal
y Consentimiento Informado por escrito
de el/la participante**

HOJA INFORMATIVA PARA PARTICIPACIÓN EN GRUPO FOCAL

Estimado/a Participante:

La Universidad de Valencia se encuentra realizando una investigación titulada **“La web 2.0 (o web social): clave para el empoderamiento y el apoyo en la lactancia materna”**, desarrollada por Dña. Ana Isabel Díaz Cano, en el marco de su proyecto de Doctorado en Enfermería Clínica y Comunitaria, perteneciente a la línea de investigación “Salud de la Población”.

El presente documento tiene como finalidad hacerle conocer los detalles del estudio y solicitarle su consentimiento informado para participar en él.

1. Objetivo de la investigación

El objetivo principal de esta investigación es conocer la opinión de un grupo de expertos/as, sobre si las herramientas de salud de la web 2.0, también llamada web social, podrían complementar a las formas tradicionales de apoyo a la lactancia materna y, en tal caso, identificar el contenido y soporte que sería el más adecuado.

2. Breve descripción del proyecto

La rápida evolución de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) nos está haciendo vivir una auténtica revolución tecnosocial. En el ámbito de la salud se están convirtiendo en una herramienta indispensable para el cuidado enfermero.

En lo que se refiere a lactancia materna (LM), existe un gran número de desarrolladores de sitios web y aplicaciones para satisfacer las necesidades de los usuarios sobre este tema. El uso de aplicaciones móviles podría servir para difundir información sobre los beneficios para la salud de la LM.

Por todo ello, los profesionales de la enfermería debemos considerar la Web social o Web 2.0 como un nuevo escenario para la educación sanitaria y realizar estudios de investigación al respecto.

3. Metodología

El presente proyecto se llevará a cabo mediante la constitución de un “grupo focal” que se caracteriza por ser un grupo de discusión entre varias personas que posibilita el diálogo sobre un tema en especial, vivido y compartido mediante experiencias comunes, a partir de estímulos específicos para el debate que reciben los participantes. La sesión será conducida por una persona que ejercerá de moderadora y presentará el guion de las cuestiones a tratar.

Se tratará de un proceso dinámico en el que los/as participantes intercambian ideas, de forma que sus opiniones pueden ser confirmadas o contestadas por otros participantes. Las conversaciones resultantes de la discusión serán grabadas en video y posteriormente la Investigadora Responsable procederá a la transcripción textual de las mismas, el análisis del contenido del discurso resultante y la elaboración de las conclusiones finales.

4. Su participación en el estudio

Su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria, pudiendo solicitar ser excluido/a de esta investigación y que sus intervenciones no sean consideradas en esta investigación sin justificación previa ni perjuicio para usted.

Si usted participa en esta investigación lo hace bajo su expreso consentimiento informado que firma y autoriza.

5. Confidencialidad

La confidencialidad de su identidad será resguardada por las siguientes medidas:

1. La participación será anónima y solo la investigadora responsable tendrá acceso a los datos proporcionados en ellas.
2. Cada persona tendrá un código como participante, que solo conocerá la investigadora responsable de este estudio y los grupos serán realizados en un ambiente propicio que estimule la comunicación y el anonimato elegido por el participante.

En el análisis general de los datos se utilizará una estructura de códigos para identificar la información que surja y el momento en que se realizó. Dadas las características del estudio los datos serán usados solamente en instancias académicas de investigación y aquellas propias de la divulgación investigadora.

Además, la Investigadora Responsable asume un compromiso de confidencialidad para resguardar la identidad de todas las personas involucradas en este estudio.

6. Beneficios

Este estudio no tiene beneficios directos para usted. En este sentido, producto de su participación no se generan incentivos económicos ni de ningún tipo. Su participación en este estudio tampoco tiene asociado ningún tipo de coste para usted, siendo la Investigadora Responsable quien acudirá al lugar donde usted estime conveniente para la realización del grupo.

En tal sentido creemos que la investigación produce más bien beneficios indirectos en sus participantes y la sociedad en general puesto que les permitirá reflexionar y quizás comprender de forma holística aspectos importantes sobre la promoción de la lactancia materna.

7. Almacenamiento y resguardo de la información

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, se informa a el/la interesado/a que los datos personales suministrados pasarán a formar parte de una base de datos anonimizada cuya finalidad es la elaboración, matrícula y lectura de la Tesis Doctoral.

En ningún caso la Universidad cederá a terceros datos personales de el/la interesado/a salvo que éste/a lo consienta en los términos establecidos en la citada Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre.

El responsable del tratamiento de estos datos es la Universitat de València. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación de los datos personales y oposición a su tratamiento se ejercitarán ante la Universidad de Valencia. También se encuentra disponible a través de la dirección de Internet <https://www.uv.es/>.

Tanto la Universidad de Valencia como la Investigadora Responsable establecen un plazo de conservación de los datos personales suministrados de 30 días naturales una vez finalizada la lectura de la Tesis tras los cuales se procederá a su eliminación definitiva.

8. Acceso a los resultados de la investigación

Los participantes podrán consultar la información que ha generado en cualquier momento durante la ejecución del proyecto previa solicitud a la Investigadora Responsable del estudio.

Asimismo, la Investigadora Responsable se compromete con cada participante a enviar el informe de investigación que se genere al final del estudio a los correos electrónicos respectivos, así también copia de los artículos científicos que pudieran resultar del estudio.

19. Compromiso

Por su aceptación los participantes se comprometen a:

1. Proveer información real en cada instancia que me sea solicitada y responder según mis concepciones, conocimientos y experiencias así también a utilizar mi lenguaje habitual al escribir, responder o reflexionar.
2. No divulgar la identidad de los demás participantes de esta actividad ni las opiniones y experiencias conversadas en el contexto de esta actividad, eximiendo de cualquier acción indebida por mi parte al/a la investigador/a responsable de este proyecto.

10. Contacto

Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de este estudio y/o dudas acerca de esta investigación, por favor contáctese con la Investigadora Responsable, Dña. Ana Isabel Díaz Cano a través del mail anaisabel.diazc@sespa.es.

ANEXO 5

Transcripciones de los Grupos Focales

TRANSCRIPCIÓN GRUPO FOCAL CON MADRES

- FECHA: 12/12/2022
- DURACIÓN: 1h 30 min
- N° DE PARTICIPANTES: 7
- MODERADORA: María del Mar Caturla Bastit
- INVESTIGADORA PRINCIPAL: Ana Isabel Díaz Cano.

Moderadora: Vale perfecto, pues por empezar a romper un poco el hielo, me gustaría que me contarais un poco vuestra experiencia personal en cuanto a la lactancia materna. Es decir si la habéis puesto en práctica, durante cuánto tiempo, por qué la abandonasteis... un poco así. Que empezara la que quisiera, y así poco a poco el ir creando la conversación con el tema. Entonces la que quiera... Y de paso así es una manera de presentarse un poco ¿no? De irnos conociendo, así hablando primero de nuestra experiencia, un poco de una en una y tal, porque así nos... nos ubicamos un poquito.

M1: Hola, si queréis empiezo yo mismo por así luego silencio el micro un ratito, porque estoy con... con la peque como podéis ver, y yo sé lo que me dejará sin gritar. Eh... Bueno, yo soy *M1*. Eh... y bueno, yo sí que di lactancia materna. Bueno sigo todavía con lactancia materna, Lucía tiene ahora 17 meses. Y bueno, nuestra experiencia en general fue buena, eh... de inicio. O sea, yo al menos tenía miedo a que fuera complicado porque todos los casos que conocía de mi entorno habían sido bastante complicados. Y sin embargo nuestro caso el inicio fue muy bueno. Sin embargo después, bueno a como a los dos, tres meses, eh... ella empezó con síntomas de tener alergia a la proteína de leche de vaca. Y bueno, luego sí que tuvimos una serie de complicaciones, de tener que escribir yo alérgenos y demás durante varios meses. Pero bueno, en general la experiencia fue... Aparte de ese punto complicado, bastante buena y bastante fácil.

Moderadora: Vale. ¿Alguna otra persona que quieras contarnos su experiencia?

M5: Bueno pues yo por ejemplo. Yo soy *M5* y... Mi experiencia es que tengo 5 hijos que mamaron todos. La mayor tiene 20 años, la última tiene 5. Y entonces bueno, creo que pasé por todas las fases de la lactancia. Hace 20 años cuando di a luz la primera vez, el primer bebé de mi familia, pues fue una lactancia que duró 3 meses, que fue muy difícil, muy complicada, con mastitis, grietas y todo lo que uno se pueda imaginar, y que se tuvo que convertir en lactancia mixta porque eh... no había Internet, o si lo había, no había redes sociales y no encontré ningún tipo de apoyo a nivel sanitario. Eh... casi te animaban a entonces “métele el biberón”. Y de ahí pasé, gracias a Dios, a los últimos embarazos en los que ya el personal sanitario ayuda muchísimo, y encuentras mucha ayuda también en las redes... Pues eso, de ser un fracaso de lactancia, a haber compaginado la lactancia del cuarto crío, con el embarazo de la quinta, y prolongado hasta los dos años de la quinta, que mamaron los dos a la vez. Entonces eh... siempre lo recomiendo a todas las mujeres que a lo mejor al primer parto sufren un disgusto de no poder afrontarla, con que no tiene que por qué luego ser un fracaso también. Que siempre se aprende con la ayuda adecuada. Si uno quiere, si no tienes ningún

problema de verdad grave, se puede convertir en algo exitoso. Yo la verdad es que estas últimas, aunque sea agotador, lo disfruté mucho y me alegro mucho de que en estos 20 años haya cambiado mucho y haya de verdad una información buena y una ayuda a las madres.

Moderadora: Genial, muchas gracias, ¿Alguna otra que nos cuente su experiencia?

M6: Yo soy M6 (...), soy madre de 2 niñas de 14 y 9 años. Y yo, pues bueno, lo que os puedo contar es que, resumiendo, yo di de mamar a mis dos hijas gracias a la Asociación de Amamantar de aquí de Asturias. Lo tengo muy claro, porque tuve por desgracia problemas con las dos. Y si no hubiese sido por ellas, estoy segura que no hubiese... No hubiese podido dar de mamar a mis hijas porque realmente el personal sanitario no me ayudó... o poco o nada. Entonces es lo que os puedo contar. Bueno, por resumir un poquito, con la mayor eh... tuve muchos problemas desde el principio porque a mí me hacía muchísimo daño... al... al acoger el pecho me dolía muchísimo. Sí que tenía alguna grieta, pero a mí no me parecía que lo suficiente como para tener ese dolor. Entonces yo, como durante el embarazo, había estado en contacto con la asociación, y había... bueno, pues había conocido a unas cuantas personas de... de la misma y tal, y me habían dado sus contactos, pues lo que hice fue llamarlas. Y entonces eh... ellas me tomaron un cultivo de... del pezón. Eh... Cultivo que mandaron a un laboratorio a Madrid porque parece ser que aquí en Asturias, en aquel entonces, que os estoy hablando de hace 14 años, pues aquí no se analizaba, desconozco si hoy lo hacen. Bueno, el caso es que lo mandaron a Madrid y yo tenía una infección por un... bueno, pues por un creo que era un estafilococo. Entonces pues nada, me dieron el antibiótico pertinente y a partir de ahí se solucionaron todos mis problemas, porque yo realmente empecé a disfrutar la lactancia porque la niña cogida al pecho ya no me dolía y fue como... pues una seda. Lo que hasta entonces era una tortura, pues a partir de ahí fue como una seda. Pero bueno, hasta que yo llegué a contactar con ellas, según la pediatra era normal. En el hospital, que ya me dolía cuando nació, era normal. Y lo único que hicieron fue pues enchufarle un biberón. Es un poquitín así, a grandes rasgos. Después, con la mayor, cuando tenía 4 o 5 meses, yo había hecho un hipotiroidismo de... en la gestación, y estaba tomando tiroxina. Después de que nació la niña seguía tomándola. Entonces en una de las revisiones, el endocrino me suspendió la tiroxina y yo de la noche a la mañana me quedé sin leche. Y pasé, os puedo decir, creo que el peor día de mi vida hasta la fecha. Porque yo me vi con una niña de cuatro meses que no... no sabía lo que era coger un biberón y yo de repente no tenía leche. O sea, en cuestión de horas. Y bueno, pues gracias a la... en este caso, a la misma persona que en aquel momento era la presidenta, desconozco si lo sigue siendo, a mí me ayudó muchísimo. Todas, pero en concreto ella. Pues... me dijo que claro, que eso no se podía hacer, no se podía suspender la tiroxina, que volviese a tomarla. Y yo la verdad es que, como tenía tanta fe en ella, le hice caso, a pesar de que el endocrino me decía que no. Yo volví a tomar la tiroxina y al día y medio ya tenía leche otra vez. Entonces para mí fue... vamos, como una diosa, ¿no? Y realmente yo después lo comentaba con el endocrino y me decía que... que no, no, que eso no tenía relación, que no estaba demostrado. Y yo lo viví en mis propias carnes, que tienen muchísima relación. Y bueno, pues ese día para mí... lo pasé fatal. La niña se pasó el día entero sin comer. Día y pico, porque biberón no... no quería, yo leche no tenía, hasta que ya me tomé la pastilla y... y bueno, a partir de ahí estupendo. Eso con la primera. Y con la segunda, pues también tuve un problema con ella porque tenía un poco de frenillo. No lo suficiente como para que se lo solucionasen quirúrgicamente, pero sí lo bastante como para que la niña no... no era capaz de coger

bien el pezón y poder hacer una buena succión. Y también, lo mismo, contacté con ellas. Eh... Me hablaron de unas pezoneras y gracias a las pezoneras, pues pude... pude darles de mamar. Entonces, mi resumen es que a mí el personal sanitario no me ayudó nada, y sin embargo, desde la asociación me fueron súper útiles. Y les estoy muy agradecida, la verdad. Y les di de mamar, pues a la mayor hasta los 7 meses, y a la pequeña hasta los 5 y pico. Y bueno, es un poquito mi experiencia, así en general.

Moderadora: Vale, gracias. La verdad es que están saliendo muchas cosas que después profundizaremos. Pero bueno, nos sirve para un poco ir metiéndonos en el tema. Pero luego sí que, por ejemplo, el tema de la asociación y tal, también hablaremos. Y bueno, de todas las dificultades. Muchas gracias. Eh... ¿alguna otra persona que nos cuente su experiencia?

M2: Bueno, pues yo mismamente. Mira, yo me llamo M2, tengo una niña de 5 años. Bueno, yo tenía claro que quería darle lactancia materna y pecho. Pero claro, cuando di a luz, pues la verdad que me costaba mucho un pezón, no me sacaba leche y otro muy escaso. Entonces tuve que recurrir al sacaleches, que gracias a una compañera... bueno, que me ayudó... bueno, a ver cómo se ponía, cómo no se ponía y todo eso, porque no tenía ni idea. El desconocimiento a nivel de enfermería total. De los profesionales no tuve mucha información durante el embarazo. Y luego bueno, pues estuve intentando pues dar como lactancia mixta, con *bibes* y aguantando un poco la leche materna hasta que luego pues se me fue. Daría un mes biberón, nada más. Es cierto que... al mismo momento de dar a luz pues también enchufaron un biberón enseguida, porque yo tuve que estar un poco en paritorios, ahí... como estaba con sangrado y eso, pues lo primero que hicieron a mi marido fue darle un biberón. La niña no se puso en primera... O sea, en un primer momento no se puso a mamar, tampoco. Entonces bueno, yo no sé exactamente si eso tuvo repercusión también, o no la tuvo. Pero bueno, ante la poca leche, y que yo también, pues me resultaba bueno, incordioso... Pues bueno... pues el sacaleches, luego no me salía leche, me salía poco, luego... bueno que nadie me había hablado que se podía... eso, mezclar la leche artificial con la materna... Bueno, un desconocimiento total, de auténtico vamos. Entonces mi experiencia bueno... negativa, no por dolor ni por... bueno, me hubiese... a ver gustado, pues estar más informada, ¿Eh? Y bueno, y tener más conocimientos sobre la lactancia materna. ¿Eh? Que yo creo que bueno, hace 5 años fue esto, pues que no se da. A nivel de hospital, yo tuve un seguimiento muy hospitalario, no de primaria por muchas... bueno, repercusiones en el embarazo y muchos problemas durante la gestación. Y a nivel del hospital tampoco hay una información, por lo menos en esa época, bueno... sobre la lactancia materna. No sé ya... Me dio algunas nociones en la preparación al parto, pero luego ya pasé a nivel hospitalario y bueno, lo que menos se preocuparon fue de darme esa información, ¿vale? Entonces bueno, experiencia negativa, pues porque igual por desconocimiento o por no hacer las cosas bien, a lo mejor pues la cría pues hubiese lactado más tiempo con lactancia materna. Es mi duda, ¿vale?

Moderadora: Vale, genial. Gracias. Luego por ahí falta también por hablar M4 y M7. ¿Puede ser?

M4: Bueno, pues os hablo... hablo yo si queréis. Bueno, yo soy M4. Eh... yo tengo dos niños. Una niña de 8 años y un niño de 4. Y tuve dos lactancias maternas muy buenas, y con un destete fisiológico. Estuvieron los dos con lactancia materna, hasta que ellos decidieron destetarse, uno con 15 meses y... Carla con 15 meses, y Lucas con 14 meses. Que yo pienso que bueno, fue un poco más... las prolongué yo, yo creo, más

que ellos. Ellos igual hubieran adelanto el destete un poquitín antes. Y la verdad que yo la experiencia fue buena. Sí que tuve apoyo profesional, pero bueno, eh... Probablemente porque estaba en un centro de salud que apoyaba bastante la lactancia. Encima me cogió pues formándome ahí también. Entonces tuve un poquitín de ventaja con ese tema. Y... y sí que es verdad que probablemente eh... por parte de los profesionales en otros centros, pues no haya tanto... tato apoyo. O incluso en el hospital. Sí que noté la diferencia, yo teniendo a los dos en el mismo hospital, que... con los años, hubo mucho más apoyo. Sí y que estaban mucho más encima de la lactancia de que... de que el niño se cogiese bien, de que tú tuvieses una serie de conocimientos, que probablemente con la primera no. Porque sí que con la primera llevaba clarísimo que quería lactancia, pero sí que intentaron en muchas ocasiones puedes hacerte dudar, eso de... igual está perdiendo mucho peso, está deshidratándose, métele ayuda... Que sí que con el segundo eso pues no lo... no lo viví. Y yo la verdad que dos experiencias satisfactorias.

Moderadora: Qué bien. Vale, muchas gracias. Vale, luego falta por ahí también...

M7: Yo, yo M7. Bueno, yo... yo llevo dos meses y medio de lactancia. Y de momento bien. Al principio, en el post parto inmediato sí que nos ayudaron en el hospital. Porque al principio no se cogía bien y nos costó un poco, pero nada. Nos ayudaron y bastante bien. Y luego en casa... no. Desde el centro de salud, la verdad que nada. Porque me ayudó una amiga que controla del tema, al principio, para suplementarlo con mi leche y demás, y ahora nada. Lactancia exclusiva sin biberón y muy bien. La verdad que para el tiempo que llevamos todo bien.

Moderadora: Vale, genial, muchas gracias. Y creo que también falta M3 ¿verdad?

M3: Sí (...). Bueno, pues os cuento. Yo tengo (...) que tiene... va a cumplir 7 años. Y bueno, desde el inicio yo tenía claro que sí que quería hacer lactancia. Pero ya... bueno en las típicas revisiones ginecológicas, en varias ocasiones me habían dicho que por la forma de mi pecho que no... que no sería posible. Sin embargo, en una revisión... hablo casi en la adolescencia, igual tenía... bueno en la adolescencia no. Pero con 20 años o así, una ginecóloga me dijo “si alguien alguna vez te dice que no puedes por este tema de los pezones, recuerda que sí es posible porque existen las pezoneras”. En aquel momento, pues no sé, con 20 años dije, “bueno, vale, ya cuando llegue su hora ya lo miraré”. Y sí que posteriormente me insistían en ese tema. Pero bueno, como la gente me insistía, pues me acordé... me acordé de esa muchacha, ¿no? Que me habló de ese tema. Y en previsión de que podía haber bastantes problemas, por lo que continuamente me decían los ginecólogos, pues lo que decidí fue prepararme antes. Durante el embarazo, buscar toda la información que pudiera tener, buscar quién me pudiera asesorar y buscar apoyos. Eh... primero apoyos digamos sociales, de amigas o compañeras que hubiesen tenido lactancias, y que tuviesen una experiencia. Y luego también apoyo profesional. No sólo la matrona de la del centro de salud, que en este caso sí que estaba bastante motivada con el tema de las lactancias, sino también con una asesora. Visité a la asociación... cómo se llamaba esta... antes la ha mencionado una compañera... ¿Amamantar? Pero bueno, en aquel momento sólo hice una visita antes del embarazo, o sea, antes del parto. Y después, como me hablaron muy bien de esta asesora de lactancia, pues bueno, me puse en contacto con ella, me dio un montón de información y me dijo, “bueno, si... Si surgen los problemas, cuando nazca el bebé, me llamas y hablamos”. Eh... Surgieron los problemas. Al nacer, en el hospital había

profesionales que sí que apoyaban y te podrían dar alguna... algún tipo de apoyo, de conocimiento o al menos de apoyo emocional. Pero sí que había muchos otros que te decían, “Ah, déjate de tonterías, dale el biberón y ya dejará de llorar, el bebé”, ¿no? Entonces, cuando volvimos para casa ya nos dijeron que tenía mucho riesgo de que al día siguiente le ingresáramos por bajo peso, porque no recuperaba el peso. Entonces la llamé, vino, hicimos una sesión, comprobó que todo estaba bien pero... claro, que el bebé necesitaba aprender, que todo aquello necesitaba un poco de tiempo para fluir de una manera más natural. Al día siguiente tuvieron que ingresarla, porque no recuperó el peso. En una noche pues no recuperó el peso. Y ese fue un momento súper difícil, porque al entrar en el hospital y decirnos que tenían que ingresarla por el tema del peso, empezaron a culpabilizar de... de mi insistencia por darle el pecho, de la del desconocimiento que tenían las matronas en los centros de salud, que se estaban poniendo todos como muy con la lactancia materna y que eso en realidad, *bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla, bla*, bueno... Fue tremendo. Pero... en un momento de esos de desesperación, le dije, “Mira. Sé que tengo leche”. Empezaron a reírse de mí, literal, a reírse de mí “¿Qué vas a saber? Tú qué sabrás”. “Que yo sé que tengo leche”, se lo expliqué. Mira, vino una asesora de lactancia y lo vio, comprobó que la niña mamaba y tenía leche, pero necesita más tiempo. Entonces les pedí un... Un extractor. No sé ahora cómo se llaman. Bueno, un sacaleches. Y en cuestión de 2 minutos, salió muchísima leche. Llené dos botecitos de los que tenían allí. Se quedaron todas muy sorprendidas, y empezaron... bueno, a hacer comentarios así un poco... no sé, un poco raros para alguien que no tiene mucha... que no tiene ninguna experiencia. Eh... Y bueno, en medio de todo eso, sí que apareció alguien que tenía formación, interés y que... y que nos apoyó el tiempo que la niña estuvo ahí, estuvo ingresada. Tenía una lucha personal. Esa enfermera estaba rodeada de gente que no apoyaba el tema y entonces veías... Ella intentaba disimularlo, pero... Bueno, oías las conversaciones y como decían, “pero déjate ya hombre, le damos el biberón y acabamos antes, que tenemos muchos niños hoy”. Oía esas conversaciones por detrás, y era muy claro ver que aquella enfermera sí que estaba formada y intentaba ayudar a las personas que estábamos en esa situación. Nos ayudó muchísimo todo el tiempo que estuvimos allí. Y... bueno, nada, nos fuimos para casa cuando ya recuperó el peso. Y la verdad es que con paciencia... lo conseguimos hacer. Hubo momentos en los que pensabas “ufff esto... no paso de una semana... pues ahora no paso de un mes...”. Pero con el tiempo hicimos dos años. Durante un tiempo estuvimos en lactancia mixta porque bueno, al estar en el hospital que le daban biberones, aunque me extrajera y aunque tuviese mucha leche, le daban biberones. A veces... Sabemos que a veces incluso tiraban la leche que yo podía dejar allí, o se confundían, y bueno, había errores de ese tipo y decía nada, es que acabo antes dándole un biberón. Nos dieron biberones para traer a casa cuando le dieron el alta y entonces estuvimos bueno, manteniéndolo así también porque bueno, la sensación de culpa que arrastrabas era importante. ¿No? era como... o sea, la frase... “¿Preferís hospitalizar a un bebé antes que darle un biberón?” fue como... “No. Evidentemente no”. Nadie prefiere hospitalizar a un bebé antes de darle un biberón. De hecho, ya le estábamos dando biberones. Pero bueno, esa culpa se arrastró durante mucho tiempo. Y durante no sé cuántos meses estuve haciendo extracciones, porque estaba... digamos obsesionada con cuánto tomaba. Entonces era esta obsesión de medir cuánto toma, cuánto hay en el biberón, porque si lo hace directamente en el pecho no sabes cuánto toma, no gana mucho peso y... bueno. Hasta que llegó un momento que fue como “mira... si crece, crece y si no, pues esto habrá que dejarlo”. Entonces aparté un poco el sacaleches y ya dejamos que fluyera. Y fue fluyendo, fue fluyendo... Llegaron los 7 meses, me parece que es, el

momento en el que empiezan con la alimentación sólida. Estuvimos haciendo *Baby Led Weaning (BLW)*. El tema este de que comen sólidos... de ellos de manera auto regulada. Y seguimos compaginándolo con la lactancia hasta los... hasta los dos años casi. No sé si fueron exactamente dos años, o un poquito menos, un poquito más, pero bueno, alrededor de alrededor de los dos años. Eso sí, tuvimos mucho apoyo y... mucho, del entorno social. También, evidentemente, lactancias de alrededor que no, que no fueron exitosas, pero con empeño y los apoyos y la formación y las cosas que fuimos... No sé, desde cosas como el porteo, el cojín de lactancia, una mecedora de lactancia y cosas así, que nos ayudaron muchísimo. Cosas que luego he ido pasando a otras madres que también los han aprovechado. Y bueno, pues fueron como muchas cosas, pero sobre todo muchas las personas que te transmiten su tranquilidad, su sabiduría, su experiencia, sea buena o mala. Pero sobre todo esos truchitos y el apoyo. De... no sé, recuerdo una... una compañera que tuvimos los embarazos a la vez y demás. Y, o sea, las conversaciones a las 5 de la mañana... “llevo sin dormir toda la noche, no se agarra, o se agarra, o no sé qué es lo que le pasa, está llorando...”. Bueno, ese tipo de apoyo social creo que es muy, muy importante. Y tenía apuntado aquí una web que había para temas de... de medicación. Ahora no recuerdo el nombre, me apunté, “acuérdate de la web”. Pero no... no me acuerdo ahora de la web. Porque sí que suelo tener problemas respiratorios. Entonces, cada cierto tiempo hago sinusitis, o bueno rinitis, que requieren de antibióticos. Eh... y entonces, bueno, pues recurrir a esa web, ahora no recuerdo el nombre...

M4: elactancia.org

M3: Sí debe... sí, esta. Pues, en aquel momento mi doctora de cabecera no la conocía, pero desde que se... “Mira, pues vamos a mirar aquí”. Se la di a conocer, y luego, con el paso del tiempo me dijo que la estaba utilizando para todas las embarazadas. Eh... Entonces es que, bueno, pues que a lo mejor no todo el mundo en el centro de salud, o en el hospital tiene conocimientos. Pero que a veces es más importante el querer buscar información, que a lo mejor el tenerla ¿no? Y... Y la actitud hacia la lactancia es... a nivel profesional, yo creo que es lo determinante en que sean capaces de dar apoyo o no. A veces no saben algo, pero lo buscan. Como esta doctora. Y bueno, pues no sé... he hablado muchísimo (risas).

Moderadora: Tranquila. La verdad es que has sacado muchísimos temas que vamos a ir tratando, la verdad. Has hecho incluso como un resumen de casi todos los puntos que vamos a tratar y que me gustaría que luego las demás también comentaran. Como por ejemplo, de lo último que estabas comentando, el apoyo del entorno, el apoyo de socio familiar. Luego, por otro lado el apoyo profesional, pero el entorno familiar, de las amistades, el social. Me gustaría que las demás también me dierais un poco vuestra opinión. Si lo recibisteis o no, a favor o en contra de la lactancia materna... Si os influyó en vuestra decisión. Pero supongo que a todas de algún modo os habrá influenciado, o habréis recibido opiniones varias... Entonces, para ver si os habéis sentido más o menos apoyadas al respecto con el entorno social y familiar.

M2: Bueno, yo lo que te decía antes, yo lo poco que... Bueno, a mí el entorno social. El apoyo social de amigas, y de amistades, y de gente que ya fue madre, que ya hizo esos procesos y que ya tuvo esos problemas... fue la gente que ayudó realmente. Yo a nivel profesional no tengo buena experiencia. Vamos buena... ni buena ni mala. No tuve. Lo que yo sé propiamente a nivel profesional. Pero no tuve en centro de salud, ni en hospital, ningún tipo de seguimiento de nada. Entonces, más bien lo poco que llegué es por

amigas, por amistades, y bueno, y por conocimientos. Incluso de la suegra, o pues de gente que lleva pues más hijos y más experiencia.

(...)

M4: Yo creo que el entorno, que depende un poquitín, eh... Yo por ejemplo, a nivel de amigas, sí que probablemente fui de las primeras también, de las primeras lactantes. Pero bueno, tenía un par de amigas que habían dado lactancia y fueron un apoyo. Porque sí que es verdad que... Yo, por ejemplo, me coincidían que las que... por ejemplo, mi madre, mi suegra, sí que eran más de la época del biberón, ¿no? Entonces sí que había ciertos comentarios, sobre todo. Pues eso, en el ámbito familiar de... es que la estás dejando pasar hambre, es que por darle *bibe* no pasa nada... Eh... Pequeños comentarios ¿no? Que parecen... pues que no... que no van con maldad. Pero que bueno, que sí que a lo mejor a una madre primeriza pues te pueden crear muchísimas, muchísimas dudas, ¿no? De... pues tú te criaste con biberón y mira cómo estuviste, o el padre o... Entonces sí que depende un poquitín alrededor. Y sí puede que en los últimos años ha cambiado un poco..., cada vez hay más lactancias. Cada vez la gente, pues tienes más... eso, más amigas, que también pues te apoyas en ellas. Y... Pero sí que el entorno es muy importante. Yo creo que es muy importante también, sobre todo, eh... la pareja. Por ejemplo, en el centro de salud donde hice yo las clases de preparación y donde me estaba formando, la charla de lactancia se mandaba a ir al... al papá. Para explicarle también un poquitín pues bueno, que los padres, que tenían una figura muy importante ¿no? Tanto al apoyo a la madre, como para bueno... un apoyo un poco de sostén también, de ayudarte. Pues ella se va a encargar de la teta. Tú tienes que encargarte de otras cosas. Y en muchos momentos, pues es un apoyo moral importante el que tu pareja, pues sepa también parar los pies a cierta gente y... y apoyarte en esos momentos que tú te ves débil. Puede decirte, “oye, acuérdate que tú esto lo quería hacer y que puedes hacerlo”. Y entonces yo pienso que es importante eso. Que el entorno, más cercano que te de un poco de soporte en esos momentos de bajón. Y como le decía yo a mis amigas más cercanas, porque tuvieron la lactancia, es muy importante, es muy importante comprarte un chubasquero para que te la resbale todo. Sí, ponerte unos buenos tapones y un chubasquero, porque vas a tener opiniones de todo. Yo siempre me acuerdo de una señora que dijo “uy, pero cuatro meses y solo a teta”. Y yo en ese momento, dije “bueno, ¿qué quiere que es lo que coma? ¿Cachopo? (risas) Nadie... Nadie pone en duda que un biberón no los alimente, porque nadie te dice “uy está con biberón. Uy no, lo está alimentando el biberón”. Y sin embargo, todo el mundo pone en duda que la lactancia, la leche tuya, que es la real, la que todos los bebés deberían de tomar. Entonces yo pienso que es eso, es muy importante formarse antes, estar preparada antes, que te den ese apoyo antes. Y informar también a la pareja y a todo tu entorno cercano, es decirle que qué es lo que quieres hacer. Y eso, poner un chubasquero para las críticas no constructivas.

Moderadora: Gracias M4. M6 ¿también ibas a decir algo al respecto?

M6: Sí, sí, bueno, a ver. En mi caso os puedo decir que tuve poco apoyo por parte de mis amistades porque de mi grupo de amigas y del grupo de amigos de mi marido, pues éramos los primeros que teníamos un bebé. Entonces, claro, era todo nuevo. Nadie tenía experiencia, fuimos los primeros. Luego sí que se animaron todos detrás, pero como fuimos los primeros, pues nadie... en ese sentido, por parte de los amigos nadie nos animó, vamos a decir ¿no? Y por parte de la familia, pues mi madre y mi suegra, pues eran un

poco... Bueno, ya veremos. Si va iba bien, bien, y si no, pues ya sabes que tienes el biberón. Pero, como mi marido y yo teníamos clarísimo que le queríamos... bueno, que quería darle el pecho. Y por eso habíamos ido durante el embarazo a las reuniones de la asociación, y sabíamos que era tan bueno y estábamos tan convencidos de que podríamos hacerlo y lo teníamos clarísimo. Pues como los dos fuimos tan necios, a pesar de todos los problemas que tuvimos... Pues nos empecinamos, nos empecinamos hasta que lo conseguimos con los dos embarazos, con las dos niñas. Porque como os digo fue un poco complicado. Pero realmente apoyo, apoyo, tuvimos poco. Lo que sí que nos tuvimos los dos, nos tuvimos el uno al otro. Y como los dos lo teníamos claro pues fuimos a por todas y... y lo logramos. Y sí que es verdad que en mi época... Claro yo, pues eso tengo... mis hijas tienen 14 y 9. Hace ya años que fue. Pues de aquella yo recuerdo que en las clases de preparación al parto nadie te informaba prácticamente de... Igual sí que nos preguntaba si queríamos dar el pecho, pero ahí quedaba la cosa. No había... no había mucha más información. Yo todo lo que aprendí fue leyendo, porque pues hace 15 años el Internet tampoco había lo que hay. Fue leyendo, y gracias a la asociación es lo que yo... fue el apoyo que tuve.

Moderadora: Y esos conocimientos previos que se buscan ¿no? Antes de dar... de dar el pecho, antes de la lactancia materna... Como por ejemplo has comentado en libros ¿no? Porque en Internet no había tanto. Luego también has mencionado por ahí los cursos de preparación de los talleres e incluso las asociaciones. Quería también un poco sacar el tema de esos conocimientos previos. De dónde las demás, a dónde acudíais para tener estos conocimientos, o cuando tenéis una inquietud al respecto... pues eso ¿a dónde acudís? ¿A qué fuentes de información y cuál ha sido la más útil?

M5: Yo la verdad que en mi caso no encontré solución ni referencias en las publicaciones normales de maternidad. Ni en las revistas... así que te puedan facilitar. Normalmente te las regalan, en la matrona suelen regalar o las tienes en las consultas de los pediatras. Yo ahí no, no encontré información real. Yo en mi caso fue... fracaso y aprendizaje, fracaso y aprendizaje. Y como tuve muchas oportunidades con tantos partos, pues acabé sintiéndome sobre todo muy segura de mí misma. Yo recuerdo a mi *buelita* que vivió, pues eso los 5 partos, y a partir del tercero decirme, “mi niña, cada parto te vuelves más sinvergüenza”. Pero eso era... lo tomo a risa, porque era así. Pues en el primero yo recuerdo recién dada a luz, me encontré con la habitación del hospital con más de 20 personas. Y al último parto no recibí a nadie. Ni el tercero, ni el cuarto, ni el quinto. No recibí a nadie. Los *buelos* prohibí que la vinieran a conocer al hospital. Pues mi *buela* tenía razón, me hice más sinvergüenza. ¡Pues no me importa! Eh... Aprendí que lo que necesitábamos ese tiempo era mi pareja, sus hermanos, y el bebé y nosotros. No necesitábamos a nadie más y me dejó de importar. Pues eso lo fui aplicando a todo. A... si come mucho, si come poco... Si lloraba era siempre era porque tenía hambre. Como tú... como solo comía teta, pues era siempre porque tenían hambre. (...) Como me enfrenté a muchos prejuicios, que cuando era más joven y tenía menos experiencia me hacían polvo... No tuve depresión posparto de milagro. Y ahora, ya en la madurez, pues me la *repampimfla*. Yo tengo un chubasquero enorme, como decía M4. Pero para todo en la vida. Me puse un chubasquero para todo en la vida. Y, la verdad es que apoyo, no encontré ninguno. Lo mío fue aprender, yo *solina*. Y que sin embargo, sí apoyo siempre. O sea, a veces me llaman madres que no conozco, que son conocidas de amigas, de vecinas, de clientas. Eh... para que les eche una mano cuando a las 48 horas de dar a luz te mandan para casa. Que para mí es prontísimo. Yo opino que es prontísimo. Las madres primerizas llegan a casa con un

bebé sin la subida de la leche. Y la mayoría, si no saben qué hacer las pobres. Entonces, antes, antiguamente sí que en otra generación iba a la matrona casa. Parías en casa, y luego iba el resto de los días y te iba ayudando. Y eso no existe hoy en día tampoco, nada más que de manera privada. Yo suelo hacer esas cosas. Suelo ir a visitar a madres, desesperadas, que me suelen llamar de noche, que es cuando la desesperación llega a más. Como decía M3 también antes. Y... y la verdad es que normalmente, salvo que haya un problema de verdad fisiológico, que para eso es cuando de verdad necesitas ir a un médico, lo único que se necesita es apoyo, paciencia y cariño. No... no es que yo lo les haga milagros. Es simplemente que... afianzar lo que ellas saben de manera natural.

Moderadora: Genial. Vale. Has comentado por ahí también algo que luego profundizaremos también un poquito en ello. Pero no sé si alguna quiere añadir algo más respecto a esos conocimientos previos, las fuentes a las que habéis acudido, si os han sido útiles...

M1: Yo, por ejemplo, sí que me... me formé durante el embarazo. Fue de lo que más me informé, de la lactancia, porque sé que podría ser un punto como más complicado. Y a mí me sirvió muchísimo. Porque bueno, mi lactancia fue complicada en cuanto a... a la ganancia de peso. Porque ella no cogía peso debido a los problemas que tenía con esta alergia, que tardamos en descubrir. Y... claro, fue un reto continuar con la lactancia cuando ves que no gana peso, porque supongo que es el mayor problema. La mayor parte de la gente te dice, o tiene miedo de que realmente no esté cogiendo peso, pero lo cogen. Pero en mi caso real, no lo cogía. Entonces, lo primero a lo que... A lo que la gente acude es al biberón. En mi caso, por ejemplo, sí que me ayudó mucho el conocer a fondo cómo funciona la lactancia materna. Para... para darme esa seguridad de seguir, que los profesionales sí que me... animaban a seguir y a continuar. En mi caso yo creo que es un poco contrario a la mayoría, que enseguida le dan biberón. En mi caso me recomendaban todo lo contrario. Eh... Entonces, a mí sí me ayudó tanto que mi entorno familiar y de amigos me apoyasen. Y también me ayudó mucho a la formación previa, que yo, en mi caso, sobre todo libros especializados. Y también, bueno, las redes sociales en consultas puntuales que hoy en día pues hay perfiles que estaban muy actualizados a... Y a golpe de un minuto pues tienes muchísima, muchísima información. Y yo que viví un embarazo en pandemia, pues al final las redes sociales ayudaron mucho. Sí que puntualizar lo que comentó... lo que comentó una de vosotras, en el tema de cuando das a luz de iniciar la lactancia en el hospital. Eh... Yo que lo viví sola porque no se podía acceder, nadie podía acceder. Sí que me parece de vital importancia tener esos minutos para otros momentos, para... para la pareja. Importantísimo para la lactancia, especialmente. Bueno, yo creo que para todo, porque es un momento muy íntimo. Pero especialmente para la lactancia, me parece complicadísimo, eh... tal y como recuerdo yo los nacimientos de familiares, etcétera, de ir a visitar, y yo me imagino en mi caso, y me parece imposible. Mmm... romper esa intimidad, o sea, realmente sí que me parece un punto importante, creo que deberíamos de aprender de... de esa época.

Moderadora: ¿Estáis de acuerdo las demás con el tema del papel de la pareja en este periodo de la lactancia materna? ¿Pensáis que es importante?

M5: Ay, yo, muchísimo, yo... Cómo lo viví con tantos años desde la primera a la última, evolucionó mucho la sociedad y los hombres. En el caso mío, que mi pareja es hombre, evolucionaron mucho ellos en

participar. Y de hecho yo, este último parto el piel con piel lo hizo mi marido, porque yo necesité atención, y lo hizo todo porque estaba preparado para hacerlo. No se asustó en ningún momento. Yo la verdad que estoy muy contento y espero que a mis hijas el día de mañana les toquen parejas todavía más evolucionadas, más implicadas en todo.

M4: Yo eso... a todo el mundo, así que tienes cercano. En mi caso, bueno, que en el embarazo ya empiezan a preguntarte ¿no? Por qué quieren dar lactancia, que... Siempre les recomiendo que se informen, pero que se informan los dos. Yo, por ejemplo, pienso que el saber, que te da poder ¿no? Y el verte... o sea, hay que informarse antes. Yo pienso que te tienes que preparar. No es como la gente que te dice, “bueno”. La teta es algo natural que todos sabemos, o no, pero está muy idealizado, también. Todo el mundo piensa que es como maravilloso, y que tu bebé va a dormir toda la noche, y que tú vas a tener leche según salgas del paritorio... Entonces yo pienso que eso también, mucha gente se crea muchos castillos en el aire, que si nos adelantamos a todo eso y ves que no... que lo normal no... no es eso. Que... pues eso, que el saber te da poder. Yo siempre recomiendo un libro, y siempre le digo que lo lean los dos y un documental que hay. Bueno, el libro es el de “Un regalo para toda la vida”, que te da ya muchas... te va avanzando muchas cosas, ¿no? Y el documental, que es un documental súper viejo que ponían en el centro donde me formé, que es el de “El pecho no tiene horario”. Que es lo mismo, son todas las dificultades que vas a encontrar y que este, aunque es un video súper antiguo, bueno... ese tiene muchos años. Pero que al final la lactancia es sota, caballo y rey, lo de siempre, lo que toda la vida se hizo, ¿no? Pero... que hay que romper un poco también el que esto es maravilloso, que va a salir el bebé va a trepar hasta tu pecho, se va a enganchar y te va a salir la leche a borbotones, por... vamos. Entonces todo eso te tranquiliza, y te da un apoyo también. Te da el poder para saber lo que es normal, de verdad, y lo que no... Y que los padres sepan todo eso, pues es muy importante. No solo lo sepa la madre, porque la lactancia es una cosa de dos.

Moderadora: Genial y luego habéis comentado varias el tema de que no habíais recibido apoyo por parte de los profesionales de la salud ¿no? Creo que, por ejemplo, tú *MI* habías dicho que sí, que en tu caso pues te habían apoyado mucho el tema de lactancia materna. Pero creo que la mayoría tenéis una opinión más bien negativa.

M6: Sí, sí es así. Es así, sí yo quería... Si quería comentar con respecto a eso, que yo por ejemplo en mi primer parto, pues la cría nació a 2 de la mañana... y bueno, pues se pasó toda la noche llorando. Bueno, pues parecía que cogía el pecho, pero... bueno, pues por lo que fuera la cría lloraba, ¿no? Bueno, pues en el hospital eh... lo que hicieron, lejos de ayudarme, a enseñarme... Bueno, yo más o menos ya sabía muchas cosas por lo que os cuento, por la asociación. Pero bueno, ellas eso no lo sabían. Entonces a mí en ningún momento me ofrecieron su ayuda. Lo que hicieron fue enchufarle un biberón. Y curiosamente, mi hija después fue alérgica a la proteína de la leche de vaca también. Y por lo que yo supe, por lo que leí, tiene mucha relación con ese primer biberón que se le da a las pocas horas de vida. Entonces a mí me hicieron un flaco favor, ¿no? Pero bueno, ya voy al hecho de que lejos de ayudar, eh... todo lo contrario. Que conste que soy personal sanitario, eh. Quiero decir, lo digo con todas las consecuencias. Pero es que fue así, realmente fue así. Primero aprobaron con un chupete y después con el biberón, pero todo esto sin consultarnos a nosotros. Espero que haya cambiado y creo que así es, porque me consta que es así. Pero

desde luego que hace 15 años, por lo menos en el hospital donde yo di a luz, dejaba bastante que desear. Porque era además, quiero decir, tú estás allí 48 horas ingresada, y pasas por muchos turnos. Entonces no fue... no fue algo puntual de un turno ni de dos. Fue algo general... Y bueno, ya os digo, que a pesar de ser personal sanitario, que quizás me apetecería decir lo contrario, pero no puedo decirlo porque es que no fue así.

M4: Y hay mucha variabilidad, yo creo. Yo, por ejemplo... Os pasaría seguramente, que cuando estabas ahí ingresada, un turno notabas como muchísimo apoyo, y luego venía el siguiente turno y te decía todo totalmente lo contrario, ¿no? Yo me acuerdo algunas veces, de decir mi pareja, “pero bueno, pero si esta te dijo que no te lo quitases de encima, que estuvieses ahí... encima tuyo chupando todo lo que pudiese...”. Y llegar al siguiente cambio y te decía, “la niña donde tiene que estar en la cuna y bien abrigadita”. Entonces bueno, al final porque más o menos vas tú con unas ideas, pero al final eres tú la madre. Pero como esto una me dice que la tenga aquí en pelotas, otra me dice que la dejé en la cuna, una me dice que no le de un biberón, que la tenga ahí, que es lo mejor, que con el calostro que ella tiene es suficiente, la otra que la estoy deshidratando... Entonces hay mucha variabilidad que sí que ahí debería de haber... Pues desde las propias unidades un poquitín más de consenso. Porque en esos momentos que estás... altibajos, que tan pronto estás arriba, como estás abajo... Si encima te crea todas esas dudas, pues...

M6: No sé, yo creo que creo que depende un poco de la política del hospital también eh. Porque por ejemplo, en mi caso era un poco... lo que os digo, era general. Ellas no te... sí, bueno, igual alguna te comentaba... “bueno, mira a ver, sí inténtalo y tal”. Pero no te decían ni cómo hacerlo, ni te explicaban nada. Y de hecho, eh... Yo recibí la visita de las personas de la Asociación de lactancia materna en varias ocasiones. Y concretamente en una de las visitas, noté como un poco por parte del personal sanitario como... bueno, como una bueno, no sé si una crítica, pero como que algo así como un comentario en plan... “ya están estas aquí”, ¿no? Una cosa así. O sea que era un poco como la política de hace 15 años de ese hospital. No... era como que no se llevaba, o no querían hacerlo, o no sé el motivo. Pero era general eh. En mi caso no... no vi esa... quizás esa variabilidad igual... igual sea más ahora, ¿no? No sé de cuántos años hablas tú *M4*, pero hace 15 años, por lo menos donde yo di a luz era general, eh.

M4: Yo noté a diferencia esa. La mayor va a hacer 9 ahora en febrero, y el pequeño va a hacer... bueno, tiene 4, va a hacer 5 y la verdad que sí que hubo ahí un cambio... bastante potente.

M6: Sí. Pues me alegra, me alegra saberlo, la verdad.

M5: Yo...Yo noté un cambio brutal, la verdad. Yo parí en hospital privado los 5 partos. Entonces desconozco el protocolo de la sanidad pública. Pero en ese hospital en particular, hace 20 años, no había conocimiento ninguno. Y este último parto fue de verdad maravilloso. Eh... Tenías ayuda continua. Gracias a dios no la necesitaba, pero era agradable sentir las con... de verdad que sí, cariño. Porque era gente de verdad, muy sensibilizada. Muy, muy preparada. Que después sí que había un seguimiento, que te llamaban a casa en los días posteriores... Yo, vamos, ojalá en todos los sitios haya cambiado el protocolo porque era necesario.

Moderadora: De hecho, el periodo ese que va desde que digamos que salís del hospital hasta que ya sois derivadas a atención primaria. En ese periodo, ¿recibisteis algún tipo de apoyo por parte de los profesionales o de alguna otra persona? O sea, alguna de las participantes en la conversación, o pensáis que a lo mejor ahí haría falta una figura que se encargue más de ese tema, y que fuera útil para el tema de la continuidad de la lactancia materna. Para resolver esas dificultades que van surgiendo.

M7: Yo, en mi caso no... Yo también di a luz en la privada, y el seguimiento lo iba a hacer en la pública. Y nos habían dicho que llamásemos al matrón a los 7 días o así, y te preguntan qué tal, cómo nació el bebé y ya está, pero no te dicen nada más. Y luego la pediatra, yo le dije que estaba todo bien, y ella nos dijo que... teníamos que aprender a diferenciar cuándo cogía la teta por chupete, o cuándo la cogía para comer. Y te quedas como... pues cuando la coge, la coge y que la coja lo que quiera. Qué le vas a decir, qué le voy a preguntar. Pues... y además, que esto de la lactancia y de los embarazos en general, es todo muy subjetivo. Si le das lactancia a veces es malo, si le das biberón también es malo. Si todo lo que haga se va a juzgar, entonces yo creo que aquí lo del chubasquero también es muy importante. Porque en mi caso, como coge mucho peso, igual es que le das mucha teta, y entonces a lo mejor hay que quitar un poco. O no le llega, y entonces le tienes que dar un biberón porque no le llega la teta, porque como es tan grande, pues no le va a llegar. Y al final pues haces lo que te da la gana y sanseacabó. Y ni la pediatra, ni nadie. Y de la privada no nos llamaron tampoco. Así que te apañas con círculos que tengas, o con contacto, o con redes sociales, o con lo que puedas.

Moderadora: Que parece que sea la falta de información, ¿no? Realmente. Porque hay tanta información al final, también por todas las fuentes, que si las personas, que si las redes, que si tal, que no sabes al final a qué acogerte.

M3: En mi caso, sí que hubo seguimiento por parte de la matrona, que ayudó muchísimo también. Además me coincidieron dos matronas diferentes, porque... bueno, creo que fue como a los 2 meses o 3 meses, hubo cambio de matrona en el centro de salud, y las dos ayudaron mucho. Y también la enfermera de pediatría. En la primera visita, a los 7 días, había una enfermera muy jovencita, muy jovencita. Que estaba clarísimamente muy bien informada, y me ayudó muchísimo en esa primera visita. Y bueno, como había, digamos, los problemas del peso, eh... me recomendó, “mira, vente dentro de un par de días, vamos viendo, te vas a... tranquilizando”. Y bueno, fue también un apoyo importante. Pero vamos, en cuestión de... creo que dos semanas más tarde, cambió también la enfermera de pediatría en el centro de salud. Y era un... bueno, una enfermera que tenía mucha experiencia en pediatría, pero de muchos años, y poco conocimiento de lactancia. Entonces fue un cambio brutal de aquella chica que te animaba y te daba no solo el apoyo, sino pequeños trucos o demás. Al estar oyendo, pues “no, hombre, déjate de esto que así no duermes, que así ella tampoco duerme, no descansáis, poned los biberones”... Y bueno, este tipo de recomendaciones que no... Que no ayudan para nada. Y que, por ejemplo, en caso de gente de mi entorno, ayudaron a que sus lactancias, en el sentido de que podían haber durado mucho más, y se cortaron a lo mejor al mes o al mes y medio. A gente que abandonó las lactancias por ese tipo de comentarios y... Y en mi caso, bueno, pues fue... No le hago caso a esta señora, y me voy a centrar en los otros apoyos que sí que tengo. Y... pero es lo que decías M4, que era la inconsistencia en los mensajes. Sobre todo cuando está el bebé recién nacido.

El “suéltala. ¿Pero por qué la tienes en brazos? Déjala en la cuna”. “Pero en la cuna llora”. “Hombre claro, porque quiere brazos, que piensas que es tonta, acaba de nacer pero no es tonta”. Bueno, ¿entonces en qué quedamos? O sea, ese tipo de mensajes tan contradictorios, y muchas veces tan irrespetuosos con las madres y con los bebés. Pues eso, estar con un bebé que llora durante horas y hablarle y que se rían de ti. “Pero cómo se te ocurre hablarle a un bebé, que acaba de nacer. Pero por favor, si es que, es que las madres de ahora sois...”. De verdad que yo, mientras estaba allí, veía enfermeras que súper bien y que estaba súper agradecida con cada cosita pequeño detalle que hacían, y otras que decías “madre mía, por qué no la pondrán en cualquier otra planta”. O sea, hay un montón de plantas en el hospital. Puedes seguro que hacer cualquier otra cosa mejor que esto, porque si estos comentarios está haciendo a diestro y siniestro, o sea... Bueno, nefasto. Y en esos casos estoy convencida de que no es una cuestión... bueno, sí que les hará falta formación, pero es sobre todo la actitud. O sea, por muchos cursos que le den a alguien, por muchos libros que le obligan a leer, aunque le hagan exámenes, o le... no sé, qué tipo de cosas pueden hacer para formar a esos profesionales, mientras ellos tengan la actitud de que eso es una pérdida de tiempo, de que es más rápido dar biberones porque los niños crecen más rápido y lloran menos, y te dan menos trabajo. Claro, con esas actitudes es muy difícil, es muy difícil. Pero sí que anima mucho saber que cada vez hay más gente que tiene una actitud más positiva hacia la lactancia, y que se molesta en buscar más formación e información para ayudar a los niños. Y al final ves que es más bien una actitud. Que la formación es necesaria, por supuesto. Pero que por muchos cursos que le obligue a alguien a hacer en Internet, no sé cuán fácil será cambiar su actitud hacia... hacia la lactancia.

M4: Yo pienso que en esos primeros momentos es muy importante el entorno, tu red, ¿no? Lo que decíamos, las amistades que ya tuvieron lactancias, o que conocen la lactancia. Que hay gente que bueno, que no llegó a tener lactancia, pero que luego sí que pues se formó. Eh... lo que decía M5, porque muchas veces la gente, lo único que necesita es como un apoyo moral de... “Lo estás haciendo bien... Ya verás cómo va todo *palante*...”. Y en esos primeros momentos a veces, es el apoyo ese, de una amiga que te vaya a ver, una conocida, alguien que te pase un teléfono de... “habla con este”, aunque sea por WhatsApp ¿no? Que te va a tranquilizar. Yo siempre se lo decía a... bueno, pues a la gente de cerca ¿no? De “tú cualquier cosa llámame, que bueno, pues vamos a tu casa”... Lo que decía antes, la visita esa de la matrona en casa que se perdió, y yo pienso que es muy importante, porque estás en tu entorno, el bebé está tranquilo, no es como estar en una sala de espera en una consulta, que sabes que hay gente esperando, que estás en un entorno que no es tuyo, que... Sí, que se debería recuperar. Y aparte el enlace con las enfermeras de pediatría. Yo por ejemplo, en algunos centros lo hacen, no en todos. Parece que durante el embarazo solo estás matrona, matrona, matrona. Y las enfermeras de pediatría. Pues no las ves hasta que vas a la primera revisión a los 15 días. Entonces claro, si tuviste problemas con la lactancia esos 15 días son un mundo. Entonces, el conocerlas antes, el que te dejen las puertas abiertas de oye, nada más que salgas del hospital, si tienes cualquier problema, aunque las revisión es en los 15 días, llámanos, que nos ponemos, que... ¿Sabes? El saber que tienes... ponerle cara a esa persona y saber que tienes esa puerta abierta es muy importante.

Moderadora: Pensáis que a lo mejor... claro se le da mucha importancia al entorno socio familiar, realmente por muchos factores, pero en ese tema también de la información lactancia materna, ese

seguimiento, de los cuidados, esa continuidad. Si existiera esa figura profesional en ese espacio de tiempo, desde que salís del hospital hasta que ya se deriva la atención primaria y demás. Si existiera esa figura, ¿pensáis que a lo mejor no se daría tanto peso a ese entorno, a la importancia del entorno socio familiar? O sea, que sería importante en la figura del profesional ahí.

M2: Sí.

M5: Mucho.

M4: Es que yo pienso que en eso en esos primeros 15 días es cuando la mayoría de las lactancias para casa. Porque eso es lo que decía, te ves sola en casa con un bebé... que de repente es como que me lo hacían todo, y de repente tengo aquí esto que llora, que no sé si lo estoy haciendo bien, que... Y entonces pienso yo que ahí, y es cuando aparece, pues la figura de una amiga, o de alguien que ya dio lactancia. Qué es lo que necesitas. Como... “estás haciéndolo bien, tranquila”. Y si pues fuese un profesional sanitario, pues parece que todavía incluso tiene más peso parece. Pero te da como un poco más de... “¿cómo voy a llamar yo para esto? Van a pensar que soy tonta, que no sé...”. Y... pero sí que a lo mejor, si esas relaciones se establecieran un poquitín antes, esos vínculos, pues... Que estaría bien. Y la visita esa estaría genial.

M2: Bueno... A ver, yo puedo hablar de una experiencia. Bueno, hace bastantes años, en comunitaria. Te hablo de zona rural, pero era como 15 o 20 años, que se hacía la visita a la puerta. Y se iba con el médico de atención primaria, la enfermera de primaria a zona rural. Y se hacía una primera visita a la puerta. Como el primer puerperio, dar como... a ver la bienvenida al recién nacido, las dudas. Como una visita de cortesía a domicilio, que implicaba pues muchas dudas que tenían y se hacía conjunta. Te estoy hablando en la zona de Vegadeo, en zonas rurales, pero hará como... yo tengo alguna, era como 15 años o así se hacían. Yo no sé a nivel comunitario, a ver, si en los protocolos no está, no se sigue manteniendo... A mí me parecía muy interesante porque es como una visita como más informal, donde salen a relucir aspectos que igual pues no te atreves a llamar por teléfono, te parecen tonterías, a un centro de salud, si no te dan pie para ello vamos. Entonces, bueno, es cierto que son zonas que eran zonas de distancia geográfica, a lo mejor, y que había ese esa como más cercanía con la enfermera... y con el médico. Pero sí se hacía la primera visita puerperal ¿Eh? Yo ahora no sé si eso se perdió. Yo creo que bueno... bueno, se perdieron muchas cosas con los problemas que hay ahora a nivel sanitario y tal. Pero bueno, son cosas que convendría recuperar. Y que son efectivas. Y yo creo que saca muchas dudas y logran esa confianza. Lo que decís hasta que te ves en primera instancia, la enfermera de pediatría, o hasta que te ve la matrona en la primera revisión, pues pasa un tiempo ahí como vacío, ¿entiendes? Y esa visita se solía hacer los primeros 10 días. ¿Eh? Y se programaba llamando antes a las casas, abiertamente. Si había casas que no te querían... bueno, por lo que fuera recibir o... pues nada. Pero era como una visita abierta cada vez que nacía un recién nacido. Y bueno yo, me parece... A ver, me parece una buena manera de entrelazar. Pero bueno, no sé ahora si en los programas nuevos existe, no existe... Yo... bueno, yo te estoy hablando de hace muchos años. Desconozco ahora la comunitaria... cómo está la programación ahora en relación a los nacimientos. Pero en la zona rural se hacía.

Moderadora: M5, creo que querías... que has hecho así con la mano.

M5: Bueno, mira, yo quería comentar que va recordando cosas que te... que te pasaron. El ambulatorio al que yo pertenezco, pues a mí me costó trabajo que me valoraran a los últimos 15 días, porque el enfermero que se encarga de eso suele tener la agenda a tope. Y entonces, como ya tiene la agenda a tope con los bebés que ya existen y los niños que ya existen, pues no tenía sitio para... los que iban naciendo. Y precisamente, como no di a luz por la pública. Y entonces se supone que según él, te ibas de tu hospital público ya con la cita en el ambulatorio, cuando yo quería llegar a mi casa y llamaba al ambulatorio, insistiendo en que me dieran cita para un bebé recién nacido de 15 días, entre que las de recepción no atienden su agenda, te tiene que dar él la cita personalmente, y entonces no te pasan con él por teléfono, porque es un hombre bastante especial. Yo me tuve que enfadar. Yo como os dije, como decía mi abuela, soy bastante sin vergüenza. Entonces no me molesta enfadarme si tengo que ejercer mis derechos. Pero me consta, que en vez de facilitar, este hombre dificulta siempre esa sanidad, esa atención sanitaria básica. Y eso no pasa aquí solo, pasa en muchos sitios. Y cuando además eres madre por primera vez, tú no tienes ni porque conocer al pediatra. Porque si no hay niños en tu familia y no fuiste nunca al pediatra, ni siquiera lo conoces. Yo hasta donde me toca no... nadie te presenta el pediatra de tu ambulatorio. Vas a las clases prenatales, se encarga una matrona especializada en ello, pero nadie te presenta al personal que va a atender al bebé cuando nazca y... lo veo como muy interesante. Creo que además de la gimnasia, los vídeos y las charlas, creo que debería de ser obligado que el pediatra y el enfermero de pediatría ya se presentaran a las madres embarazadas. Y ya se ofrecieran y te explicaran cuál es el proceso una vez que nace el niño. Porque a base de que a mí me saliera mal, no te preocupes que se te queda grabado en la en la cabeza para la siguiente. Pero otras personas no tienen más hijos y ya no hay siguiente oportunidad. Creo que eso se tenía que vigilar, que sea más accesible. Si cuando el bebé tiene 5 días, necesitas atención, la necesitas y punto. ¡Claro! Al de guardia no puedes ir, porque el de guardia, los *pequeñinos* del todo, antes se mueren porque se mueren de miedo. Claro, no... no están especializados en ello. El tuyo no te recibe, y si te presentas en urgencias hospitalarias, con cualquier duda de este tipo tampoco te atienden bien porque gracia no les hace. Que ellos están para guardias importantes, no para estas cosas. Entonces estás en tierra de nadie, estás abandonado completamente. Veo un abandono de verdad, eh... A nivel de los profesionales más importantes.

Moderadora: Vale, y os quiero preguntar también...

M3: En otros países, la figura de la *doula*, está... está incluida en el sistema sanitario. Y... y sí que se encarga de hacer... bueno, de hacer apoyo a la lactancia materna. Y dependiendo de los países, durante más semanas o menos semanas. Y dependiendo también de la persona. Creo que en España también empieza a haberlas privadas. Pero... bueno, en otros países sí que es una figura sanitaria reconocida dentro del sistema sanitario de... de bueno, de varios países.

Moderadora: Vale y... perdonad, pero viendo también la hora que es, y que todas tendréis vuestras cosas que hacer, y que tenemos el tiempo limitado. Quería, pues ir un poco al grano con las cositas que nos quedan por tratar ¿vale? Que además son bastante importantes. Y bueno, uno de ellos nos sirve también un poco de introducción al siguiente, seguramente. Porque os quería preguntar por los efectos que pensáis que ha tenido la pandemia en la lactancia materna. Tú por ejemplo, *MI*, has comentado ya incluso algo de que si te había tocado pandemia ¿no? Pues a lo mejor habías tenido que acudir a otro tipo de apoyos o recursos

sobre la lactancia materna, ¿no? Un poco sobre ello. Para recibir esa información... ¿No? No sé, no sé qué pensáis las demás. Las que la habéis vivido, las que no... o también de oídas, ¿no? A lo mejor por otras amistades o conocidos que sabéis que han dado a luz en pandemia. Y que por lo tanto, a lo mejor lo han podido vivir de forma diferente a vosotras debido a ello, ¿no? Debido a esa época de confinamiento.

M4: Yo, amigas que tengo que dieron a luz en pandemia, que bueno conozco tres, creo que fueron. Y... bueno, una de ellas fue mi cuñada, que dijo que al estar en la planta, como no se permitían las visitas ni... solo estaba el papá, mamá y el bebé, que ella sí que notó más apoyo con la lactancia. Decía que por ejemplo, que las matronas que iban más a la planta, que las enfermeras estaban más con ellas. También, probablemente debido al volumen, porque realmente los ingresos que había pues eran... meramente los partos. No era una planta de *gine* a lo mejor pues normal. Pero ella sí que dijo que notó que había más apoyo. Que se paraban un poquitín más contigo que antes. Y yo todo el mundo... así también que conozco que dio a luz en esa época, que fue bastante a favor, yo creo que... El que esas 48 horas que mamá estuviese tranquila, sola con el bebé, sin visitas, sin... sin interacciones. Pues claro, que a lo mejor tú te ves insegura. Estás ahí con la... con el pecho fuera, y te viene gente que no conoces, y que tienes poco trato. Yo pienso que ahí sí que hubo... que la pandemia vino bien para esos casos. Claro, luego el post parto en casa, tú sola, sin apoyo, pues sería otra cosa. Pero pienso que a nivel sanitario, sí que a lo mejor vino bien. Y luego pues en casa sería otra cosa, y... ahí sí que tendrían mucha implicación las redes sociales, toda la tecnología... nueva ¿no?

Moderadora: ¿Qué más opináis por ahí?

M2: A ver, yo pienso que durante la pandemia se impulsó... Bueno, yo te hablo... bueno, bajo un punto de vista ya profesional, se impulsó mucho el uso de tecnologías. Porque ciertas gestaciones, por ejemplo, como la diabetes, se veían por plataformas. Y se empezaron a ver por plataformas a raíz de esa necesidad de no hacerlas... de no ir al hospital. Y entonces empezaron a usar ciertas plataformas específicas, con ciertos luxómetros y con ciertas... Que bueno, que han funcionado bien, y que se continúan en la actualidad. Ciertas plataformas que no se usaban, porque era más consulta presencial, y por motivos pues de seguridad, pues se accedió a plataformas online. Y de hecho quedaron en funcionamiento las consultas telefónicas, bastantes. Con seguimiento de diabetes gestacional. Hablo del San Agustín en concreto. Y están funcionando actualmente, ¿vale? Ese en ese punto. Y no sé a nivel de comunitarias, si se hizo también algún seguimiento para embarazadas telefónico, si se perpetuó, o lo que hablábamos o algún tipo de web que se pusiera en marcha y que continúe gracias a la pandemia. Gracias entre comillas. Quiero decir, que no hay mal que por bien no venga, que quiero decir que no... También el personal sanitario nos tuvimos que subir a otras tecnologías forzados un poco por la situación y eso en realidad no vino mal, ¿vale? Abrió puertas, vamos.

M3: Sí. En mi caso, las personas que conozco que tuvieron los bebés en pandemia, eh... La parte súper positiva, lo que comentaba M4 de mira, no hay visitas. Está el papá, que desde que entra se queda aquí y se va cuando la mamá. Y... pero nada de... ni la abuela de un lado ni del otro, ni la tía de Cuenca, ni el primo de no sé dónde. Nada. Nada de visitas, y eso sí que favoreció la tranquilidad, en la intimidad y... son

cuestiones que ayudan a que la gente lacte mejor, y que los niños también estén más tranquilos a la hora de ir aprendiendo... a mamar.

(...)

Moderadora: *MI*, tú que eres la mamá más nueva, que te pilló en pandemia, ¿Tú utilizaste alguna red social, alguna aplicación, contactaron contigo vía *WhatsApp*®, vía mail, vía teléfono?

M1: Eh... Bueno, a mí toda la atención primaria después de... Bueno, de hecho yo no tuve clases de preparación al parto, porque fueron vía *Teams*® ya las que tuvimos. No se hacían grupos presenciales por el Covid-19. Y después toda la atención primaria, el corte... obviamente, a los bebés les veían en las visitas rutinarias, pero sí que tenías previamente llamada telefónica. Ya con la matrona, alguna de las consultas fue telefónica exclusivamente. Y... yo creo que es muy útil porque... Bueno, a mí personalmente, me daba como más tranquilidad el poder llamar, preguntar igual una duda que tenía, que era sencilla, por la cual igual no visitaría o no pediría cita con el pediatra. Pero sí que al tener la opción de la consulta telefónica, pues cosas más simples me parecía más práctico y creo que es algo que debería de continuar. Porque al final siempre puede haber pequeñas dudas que puedes consultar, al final, con un profesional de referencia. Entonces sí que creo que en eso, eh... Creo que es algo que debería de mantenerse. Sí es verdad, que no sé si al final el tiempo les da para poder atender todo eso, que al final la mayor parte de los problemas es una falta de recursos, ¿no? De tiempo suficiente para dedicar. Pero sí que... sí que creo que sería muy importante.

Moderadora: Genial, gracias. (...) ¿Y otras aplicaciones que conozcáis sobre la lactancia materna? Sea como información, o sea a lo mejor algunas que ayudan con el seguimiento de la lactancia materna. También relacionadas con las aplicaciones sobre salud, ¿no? A lo mejor hay alguna que combina otros aspectos sobre la maternidad, o sobre la salud de uno mismo... si conocéis otros recursos.

M3: Yo usé en su momento la de *Medela*®. Con el sacaleches y bueno, todos los aparatitos del sacaleches y demás, sí que usé temporalmente la aplicación de la marca *Medela*®. Y bueno, pues haciendo un poco los registros y... bueno de las tomas y cosas así. Y ahí tenías pues algunos pequeños eh... recomendaciones. Tanto para el uso del sacaleches como para la lactancia. Para, sobre todo, yo creo que había información de aquella, qué hace 6 años ya, 7 casi... Sobre bueno, los momentos en los que era mixta, pues... bueno, para que no perdieses un poco la... la motivación o... Me llamaba mucho la atención que hubiese ese tipo de información en una aplicación de una máquina para sacar leche. Bueno, había como información de apoyo para motivarte, y mantenerla si era una lactancia mixta durante un tiempo, animándote a conseguir al final la lactancia solo materna, ¿no? Dejando de lado el la máquina, ¿no? Me llamó la atención en aquel momento.

Moderadora: ¿Alguna otra que conozcáis o que queráis comentar? Por su utilidad, o lo contrario. Porque a lo mejor conocisteis un recurso que dijisteis “esto no sirve para nada, está súper mal planteado...”

M6: Pues mira, yo quería comentar, que aunque a mí no me tocó esa época, porque bueno... hace muchos años sí, me parece... no conozco aplicaciones y estoy un poco desconectada en ese sentido, porque bueno, mis hijas son ya mayores y estoy un poco desconectada. Pero sí que me parece que es muy bueno, creo que podría ser muy útil. Porque... quiero decir, si el mundo tecnológico es útil en todos los aspectos de la vida, pues en éste tiene que serlo también. Que habrá aplicaciones mejores, plataformas mejores que otras, pero estoy segura que tienen que ser muy útiles. Y realmente mira, a mí me... Bueno, no es pena ¿no? Porque cada uno vive al momento que le toca. Pero sí me hubiera gustado tener ese tipo de información. Por esas vías me refiero, ¿eh?

Moderadora: De hecho, ya para terminar. Me gustaría que pensarais, si pudierais crear algún tipo de aplicación o una página web o algún tipo de plataforma... Si pudierais crear usando las nuevas tecnologías algún tipo de aplicación o plataforma sobre lactancia materna, como os gustaría que fuera, tanto esta modalidad, el soporte tecnológico, digamos. Si es una aplicación, o es una página web o, no sé muchos tipos, de redes sociales, una que pensáis que puede ser cómoda. Más el contenido de esa aplicación o de ese soporte. Cómo lo imagináis, que sería lo ideal. Así, entre todas, con las ideas de todas, cómo se podrían formar, digamos, el recurso ideal.

M5: Pues mira, yo... Yo creo que un formato.

M3: Conozco varias... Perdón, perdón, sigue.

M5: Un formato similar al que usan muchas aplicaciones exitosas para dietas adelgazantes, por el apoyo psicológico y positivo en el que insisten. Yo no conozco muchas, pero sí a veces alguna clienta me las enseñan, y... todas las buenas, eh... Recibes a unas horas, o al levantarte, un mensaje animándote, positivizándote, apoyándote... yo creo que cualquier aplicación para la lactancia tendría que tener mucho eso, de psicológico, de animar, de apoyar.

Moderadora: Vale. ¿Más ideas por ahí?

M3: Yo me doy cuenta de varias cuentas que hay en Instagram que... Es que ahora no recuerdo el nombre y no estoy con el móvil, no las puedo mirar. Pero de varios... de varios sacaleches nuevos que yo no conocía hasta ahora. (...) Pero que a través de sus cuentas de Instagram, pues eh... Bueno, muestran mucho de lo que es realmente la lactancia. Y Instagram ahora mismo, como es algo tan accesible, tan rápido, tan cómodos, es fácil, es rápido. Eh... bueno, puede dar... puede dar ahí muchos... muchos consejos en ese sentido, y de apoyo a ver que... A desmitificar un poco todo... toda esta parte que mencionaba también *M4*, que parece que todo es como muy natural, muy... surge por sí mismo y demás. Y... no. Es bueno saber que tiene dificultades y, sobre todo, cómo poder afrontar esas dificultades. Y yo en Instagram ahora me doy cuenta de varias cuentas que intentan hacer eso.

M4: Yo probablemente, cuando... Bueno, cuando tuve mis lactancias, no estaba tampoco tan en alza lo de las Apps. Pero sí que bueno, pues algunos canales, o... yo por ejemplo, seguía varias cuentas en Instagram, que yo pienso que es mejor como más dinámico, ¿no? A lo mejor más que una aplicación que recuerdes... y una un poquitín abierta para todo. Tanto para sanitarios, para mamás, para mamás lactantes que luego

quieran formarse pues como asesoras, tienes vídeos informativos, te dan pequeños *tips* también, que muchas veces si estás lactando, tampoco tienes mucho tiempo para ver videos muy largos. O... son como pequeñas mono dosis, ¿no? Y yo pienso que debería de ser algo así. Algo que te permita acceder en cualquier momento, que no sea un tiempo exacto de vídeos en directo. Cosas que puedes ver en cualquier momento y cortitas. Porque realmente es lo que haces ¿no? En esos momentos, en pequeños huequitos, ir conectándote e ir recibiendo pequeñas mono dosis de información. Y algo pues desde... como desde un habla muy coloquial, ¿no? Debería de ser como muy de andar por casa. Muy... Muy cercano, yo creo, más que ponerse ahí, que si la succión, que si el agarre, que si los frenillos tipo... no. Algo más de andar por casa, más cercano. Y lo que dice transmitir mucha... lo que decía M5, transmitir mucha motivación y mucho apoyo. Yo pienso que tiene que ir por ahí.

M2: Sí.

Moderadora: Ajá. ¿Más ideas por ahí?

(...)

M4: Yo pienso que... que bueno, que esa sería una idea genial, el poder dedicar tiempo, pues eso ¿no? Hacer un grupo de *WhatsApp*®, que tuvieses como una interacción más fácil, más directa. Pero creo que el problema mucho lo tenemos desde arriba, desde nuestros jefes, ¿no? Ellos piensan que el tenerte, a lo mejor, dos horas atendiendo consultas telefónicas que no es... Que no es viable, o no lo ven. Nosotros, por ejemplo, yo trabajo ahora en un... en una consulta en atención primaria, y lo ves con las telefónicas, ¿no? Que las telefónicas te ponen pues un hueco de dos minutos, de cinco minutos, y hay telefónicas que es para una siguiente cita, y lo arreglas. Pero no puedes arreglar un problema de lactancia en cinco minutos. Entonces, claro, deberían de... estaría genial poder hacer eso. Pero deberían de... como darnos nuestros tiempos para poder contestar ese... esos chats. Dar esa dinámica. Tiene que haber un cambio como desde arriba, no que piensan como que no es no estás trabajando, estás dedicándote a hablar con un grupo de madres. Y eso realmente también es educación sanitaria, y eso también debería de estar incluido en nuestro trabajo.

(...)

Moderadora: ¿Alguna otra persona que quiera aportar algo? ¿Nada? Pues si os parece lo dejamos aquí, no sé si queréis aportar una cosita más para terminar algo, que queréis decir...

(...)

M4: Que yo creo, que el poder realmente lo tiene la población. Porque muchas veces, el sistema sanitario no nos da cosas, porque también la población como que nos conformamos, ¿no? Nos conformamos entre comillas. Porque nosotros por ahí, yo por ejemplo, lo estoy viendo ahora con los colegios. En el momento que sales, y das un taller, que el colegio lo que puedes hacer allí, que el colegio empieza a reclamar, o el instituto. O asociaciones de vecinos. Nos damos a conocer a las asociaciones de vecinos, o de pacientes. Si ellos empiezan a tirar, desde arriba tienen que soltarnos también. Entonces sí que es verdad que muchas veces, si las madres pues nos juntamos... oye, necesitamos más horas de... más apoyo para lactancia. O

por ejemplo eso, la gente que conozco, cómo trabaja en el centro de salud. Por lo menos en Corvera, se daban charlas de lactancia, conocíamos a las enfermeras de pediatría antes de nacer los niños. Si la población lo exige, los de arriba ceden. Sin embargo, muchas veces si nosotros lo pedimos, es más difícil. Entonces, eso es importante también que la gente que no se conforme ¿no? Yo necesito más apoyo en lactancia, pues pedirlo. Es por escrito, una... meterlos ahí en registro, y que llega a los que... a los que mandan.

Moderadora: Pues sí (...). Bueno chicas, si alguna quiere decir algo y si no cerramos llamar si te parece. Agradecemos a todas vuestra participación. Ha sido un placer conoceros y poder tener esta charla con vosotras.

Continuación de M7 por fallos técnicos:

Hola, perdona por no poder finalizar la reunión. Fue como si se me cerrara el *Teams* y cuando intentaba entrar me decía que no tenía acceso, me dijisteis las dos que volviera entrar y salir pero lo intenté tres veces y abandoné.

Sobre los temas que se estaba hablando... yo durante el embarazo me informé un poco antes, compré un par de libros sobre el proceso de la lactancia, fisiología de la lactancia, cómo prepararse, las crisis de lactancia... y yo sí que sigo a gente en Instagram que son profesionales que publican sobre embarazo, parto y lactancia y aparte me descargue la app de *LactApp*© que está súper bien porque ofrece información y resuelve dudas sobre la lactancia, en plan: tienes un bulto y entonces te va orientando y te remite si lo necesitas a consultarlo con un especialista. La mayor parte de los contenidos son gratuitos pero sí que tiene servicios de pago para consultas privadas online. Creo que eso sería un problema ya que no todo el mundo puede acceder a ello. Estaría bien que las herramientas en red fueran gratis para ofrecer un acceso universal. Conozco también otras herramientas como la página web de *elactancia.org* o la de Lactancia Materna de AEP (Asociación Española de Pediatría), porque como Roberto es médico pues las estuvo consultando y nos las descargamos los dos.

No he acudido a grupos de apoyo, sí conocía Amamantar por algunas amigas. Mi apoyo fundamental cuando tuve problemas fue una amiga que es enfermera de pediatría y tiene formación “por su cuenta” en lactancia y me ofreció su apoyo 24h, vía telefónica o *WhatsApp*, © muchas veces por video llamada. A veces simplemente necesitaba apoyo moral, que me animara cuando pensaba en tirar la toalla altas horas de la madrugada. Creo que estaría genial un grupo online de madres y profesionales por medios como el *WhatsApp*©, directos de *Instagram*©, *Telegram*© o algo parecido para resolver dudas o simplemente charlas y sentirse apoyada o animada en los momentos de bajón. Por supuesto que también podría ser presencial pero supongo que no los hay en el centro de salud por falta de tiempo y de personal.

Apoyo profesional yo tuve en el Centro Médico de Asturias (Centro médico privado) donde parí, de la matrona y la enfermera de planta, pero después no, en el Centro de Salud nada de nada. A nivel familiar mi pareja si está implicada en el tema porque yo también le di mucha caña en el embarazo y después las abuelas fatal, si no tuviera leche porque está *delgadín, prubittín* y ahora como esta gordito pues una dice se haber si se va a poner obeso y otra que mi leche no le va a alimentar suficiente, las dos dieron biberón en su día. Entonces al final tienes que hacer un poco lo que te da la gana.

TRANSCRIPCIÓN GRUPO FOCAL CON PROFESIONALES

- FECHA: 26/12/2022
- DURACIÓN: 1h 23 min
- N° DE PARTICIPANTES: 5
- MODERADORA: María del Mar Caturla Bastit
- INVESTIGADORA PRINCIPAL: Ana Isabel Díaz Cano

Moderadora:

Bueno, para empezar, sí que me gustaría a modo un poco de presentación, por conoceros un poquito más, que comentarais, cada una de vosotras, quiénes sois y vuestra relación como personas expertas en el tema de lactancia materna. Contar un poco vuestra experiencia. Tanto profesional como personal, si es el caso. Así un poco resumido, para podernos ubicar cada una de nosotras. Así que la que quiera empezar...

P1: Si queréis empiezo yo.

Moderadora: Perfecto. Vale, pues si quieres empieza tú misma.

P1: Vale, vale, me da igual. Bueno, yo experiencia personal no tengo, porque mi hija tiene 48 años. Con lo cual, de aquella era el biberón, no había otra cosa. Y luego experiencia profesional, pues sí que... bueno, fui enfermera de pediatría durante veintitantos años, y... se empezaba con todo esto de la lactancia materna. Fui, me formé. Y entonces empecé ya en mi centro, a hacer una especie de proyecto. Bueno, al final sí que fue un proyecto, que era recoger a las mamás antes de que dieran a luz, hablarles sobre la lactancia materna, problemas que podían encontrarse por el camino y apoyarlas, ¿no? Para que cuando dieran a luz ya tuvieran información. Y esa fue mi experiencia, y lo llevé bueno, prácticamente durante 20 años, en el centro. Y la verdad es que satisfactoria eh.

Moderadora: Vale. Genial. Pues sí, una amplia experiencia, la verdad. Vale, gracias. Luego, por ejemplo P2, que también ibas a hablar a la vez que P1, si quieres.

P2: Sí. Eh... Yo soy enfermera de pediatría en Oviedo. Y el tema mío con la lactancia comenzó pues hace 11 años con mi hija. Que fueron unos inicios... los peores de mi vida. Así de claro lo recuerdo, horriblos. Pero al final terminé con ayuda, y luego me puse en contacto con la asociación Amamantar de Asturias, y conseguimos una lactancia durante un año. Y después, durante la pandemia, en mi planta, empezaron a subir... como no había niños malitos, gracias a Dios, pues empezaron a subir madres recién paridas, digamos. Y ahí me di cuenta que el desconocimiento que tenemos es tal, que lo único que podía ayudar era con mi experiencia. Me puse en contacto otra vez con la asociación Amamantar, ya me metí más de lleno en la asociación, me formé (...), y empecé este año. Soy el primer año de... acabo este primer año, me examiné. Y nada, y compagino mi trabajo, mi vida familiar, con el voluntariado en la asociación viendo madres, con asesoría personal a madres. Esa soy yo.

Moderadora: Vale, genial, muchas gracias. Van saliendo temas en las presentaciones que luego veremos en profundidad. ¿Vale? Muchas gracias.

P2: Nada.

Moderadora: ¿Otra persona que quiera presentarse?

P4: Yo misma si queréis.

Moderadora: Vale. Cuéntanos.

P4: Yo soy matrona en Oviedo, en el HUCA. Y desde la pandemia del 2020 me lancé a ser autónoma y me traspasaron un local aquí en Gijón. La verdad es que está genial el elemento en la parte de especializada, en la atención al parto, a... a la parte de la comunidad, digamos ¿no? Pues la preparación al parto, tema de consultas, de apoyo a la lactancia, al posparto, seguimiento de embarazo... Y empecé un poco de manera online. Pero bueno, cuando se presentó la oportunidad consultas presenciales. En cuanto a la lactancia, pues... empecé la residencia en la especialidad. Y hemos hecho investigación sobre la lactancia, en el que analizábamos muchísimas variables. Y al final el que fue determinante fue el apoyo. O sea, sin apoyo sobre todos esos primeros días de vida del bebé, se veía que la duración de la lactancia era mínima, ¿no? Sin ese apoyo. Y bueno después, pues al final sigues auto formándote, ¿no? Sobre todo, pues al final problemas que ves que pueden surgir, y... Y en torno a mi experiencia personal, pues sigo siendo madre lactante a día de hoy, con una niña de 16 meses, y también tuve mis dificultades al inicio. Y bueno, eso también pues te aporta... te aporta esa ese granito de arena, ¿no? Que a veces tu ayuda pues también en tu experiencia profesional, de cara a las familias, para poder ayudarlas.

Moderadora: Vale, muchas gracias.

P3: Bueno, yo soy matrona también. Ahora mismo vivo en Madrid, pero soy asturiana, acabé la residencia en 2009, trabajé en un montón de sitios, tanto en hospital como en primaria, en países diferentes... con lo cual, yo creo que al ir moviéndome tanto, sí que... así, casi que sin querer, fui teniendo experiencia en acompañar lactancias vía online, ¿no? Porque estuve fuera de España, en Venezuela, en Perú, en Escocia, volvía a España... Entonces empiezas pues con las amigas que van teniendo nenes, y te preguntan online, y luego vas viendo que oye, que también es una manera de acompañar. Por ejemplo, ahora cuando acabemos esta reunión tengo una sesión online de lactancia. Es verdad que ahora normalmente veo a las mujeres, pero lo combino con el Online. Tanto por *WhatsApp*®, que me parece... Que pienso, jolín cómo antes podíamos seguir acompañando sin *WhatsApp*®. Porque es verdad que tú haces una consulta online, a domicilio por ejemplo, y el hacer el seguimiento vía *WhatsApp*® les da, a mi parecer muchísimas, muchísimas herramientas, muchísima tranquilidad de “mira estoy haciendo esto que me dijiste y me pasa esto o me pasa esto otro”. Con lo cual me parece súper interesante la tesis. Eh... a nivel personal sí que tengo dos nenes ya mayores de 10 y 12 años, pero sí que les di el pecho año y medio a cada uno. Que me parece que la experiencia también nutre mucho. Ya no solo el conocimiento teórico, profesional, sino la experiencia nutre muchísimo. Y nada, a día de hoy no estoy en hospital, soy autónoma y me dedico pues... un poquitín igual

que *P1*, yo creo, acompañar así desde primaria, digamos. Aunque desde la parte privada, con lo cual lactancias muchísimas. Porque yo creo que por desgracia, bien porque no hay tiempo, no hay matronas suficientes, lo que sea, salen del hospital las mujeres sin nadie que las haya ayudado en esos primeros días. O con muchísimas dudas, con muchísimas dificultades y sí que necesitan ese apoyo, por lo menos al principio.

Moderadora: Vale, ahora profundizaremos en todo ello. Muchas gracias. Y luego nos falta a *P5*, que no sé si...

P5: Sí. Os estoy escuchando atentamente, pero veis que tengo una prioridad (risas) (*enseña a su bebé en brazos al resto de las participantes*).

Moderadora: Y te agradecemos que estés presente, aún haciendo todo a la vez.

P5: Nada, nada, un placer. Pues nada os presento a..., que es también parte de la reunión. Tiene tres semanas (risas). Y es un bebé lactante, como podéis ver (risas). Bueno, yo soy matrona. Matrona desde el 2015. Me formé en Baleares y luego me fui a Asturias a trabajar, que es donde estoy actualmente trabajando, aunque ahora de baja por maternidad. Y convino también la asistencia en el hospital con el acompañamiento en consultas, o sea, privadas ¿no? También soy autónoma, como comentaba *P4* y ahora *P3*. Y... y bueno, pues mi experiencia con la lactancia materna a nivel profesional, pues es la propia ¿no? de la profesión. Y... Y bueno, pues sí, sí que detecté que hacía falta, ¿no? También estar de manera privada porque veo que falta... pues por tiempo, por recursos, por personal... ese apoyo la lactancia que quizás sí que se debería mandar desde la pública, pero que por desgracia no se da, por una casuística variada. Y entonces, pues he visto ahí que... primero a través de amigas, que me he visto muy reflejada en *P3*, pues me preguntaban, y yo pues les ayudaba de manera altruista. Y también he visto que... pues otras muchas mujeres necesitan también este apoyo, así que me lancé también de autónomo hace un añito y algo. Y ahora mi experiencia personal, pues como madre lactante he de decir que a pesar de todo lo que creía que sabía, cuando estás en ello, es verdad que es una locura. Y entonces no me puedo imaginar, o sea, o me lo imagino mejor dicho, ahora más, lo perdidas que pueden estar las mujeres que tienen o muy poca o casi ninguna información. O sea que... más si cabe, creo que el apoyo a la lactancia se tiene que fomentar y... Y darle todavía mucho más... mucho más empuje, ¿no? Por decirlo así. Y esta soy yo.

Moderadora: Vale, muchas gracias. Pues fijaros, todas habéis comentado el tema del apoyo a la lactancia materna. Aún siendo profesionales, habéis visto pues vacíos en ese apoyo profesional. Entonces quería preguntar por el papel de los profesionales de la salud, enfermeras, matronas, pediatras... en ese apoyo a la lactancia materna, ¿no? Tanto del fomento para la lactancia, como luego con esa continuidad para que puedan seguir amamantando el tiempo que se considera necesario, fundamental en esos periodos que son tan difíciles, ¿no? ¿Cuál es el papel y cuál debería de ser en vuestra opinión y punto de vista? Por lo que habéis vivido tanto como profesionales, como de forma personal.

P3: A ver, yo creo que hay muchos... muchos profesionales de la salud que no tienen formación en lactancia materna. Profesionales que están directamente trabajando con lactantes. Por ejemplo, pediatras, y con

madres, por ejemplo, ginecólogos que... No sé si decir que o no se preocupan de formarse, o nunca se han formado, o no se preocupan de estar actualizados. Pero, lógicamente acaban dando consejos de lactancia materna. Y lógicamente, no porque ellos a lo mejor quieran meterse en ello, sino porque es que si tú ves a una madre que acaba de dar a luz, sí o sí, vas a acabar hablando de la teta. Porque te lo va a preguntar, porque lo vas a necesitar sacar en consulta. Y muchas veces, por lo menos lo que yo veo, es que nos llegan madres con unos consejos que tú dices “madre, ¿de dónde sacas esto?”. Es que esto hace años que ya no se aconseja, o ni idea si hace años de aconsejaba. Es una barbaridad, y te dice, “jo, pues me lo dijo el pediatra, o me lo dijo el ginecólogo, me lo dijo... Yo que sé, el *fisio*”. Porque es verdad que cualquiera habla de lactancia. Que no lo veo mal, eh. Por otra parte, me parece que es algo multidisciplinar y me encanta que haya diferentes profesiones hablando de lactancia, pero me preocupa mucho el mensaje porque es verdad que muchísimo... O sea, yo flipo con los consejos que les dan, que muchísimas veces dices, “es que está clarísimo que es un consejo erróneo, ¿cómo te pudo decir esto?”. Entonces por ahí sí que me parece que falta muchísima, muchísima formación en profesionales. Muchísima. Que las madres están perdidas, pero porque no saben a quién preguntar.

Moderadora: P2, creo que ibas a decir algo.

P2: Sí. Yo es que en el campo que me muevo... En la planta, por ejemplo. Al final, los pediatras, que deberían estar mucho más formados, y solo se forma el que quiere, no le dan la importancia que tiene. Que nos han vendido el mensaje de la lactancia materna es lo mejor y estamos todos de acuerdo, pero si no te ayuda... Yo muchas veces a las madres cuando vienen a la asociación son madres que se han estampado contra un muro de piedra tan grande, que vienen desbordadas por todos lados. Lo que decía P3. Con consejos a veces que dices “madre mía”. Pero, y claro, la gente se fía del profesional sanitario que tiene a su lado, porque piensa que la mayoría está formado. Y todos sabemos en los hospitales cómo va la historia, pues si te toca trabajar un día... yo como enfermera de pediatría, pero que ha sido eventual y que me he movido por todo el hospital, por todas las especialidades. Y llegabas un día a un sitio en el que no tenías ni idea de nada, pero la persona a la que estás ahí piensa, que eres una experta. Y tú das como el pego, pero en el fondo sabes, en tu fuero interno que no tienes ni idea de nada. Y la lactancia materna ahora está de moda, entre comillas. Me refiero, es muy importante, pero también es verdad que todo se quiere normalizar, todo es estupendo, y todo va muy bien. Y la gente que tiene problemas no saben afrontar, desde por ejemplo esas primeras 48 horas que están en el hospital. Y marchan, y yo veo madres de urgencia, al tercer, cuarto día, de la asociación que dices, jolines, esto se podría haber atajado un poquitín en... por lo menos, con unos consejos. Tampoco digo poner mucho material ni nada que podemos poner la asociación, pero con algunos consejos mejor dados, como decía P3, sí. Es que vienen problemas, que dices madre mía. Pues eso, que falta mucha formación. Y luego el que está formado tampoco está donde debería estar también. Porque eso puede ser. Yo estoy en pediatría, pero estoy en una pediatría como digo, infecciosa, que puede ayudar a madres lactantes que vengan con bebés con bronquiolitis, puedo ayudarles a extraer leche, cuando están fatigados. Pero a lo mejor yo podría hacer más ayuda en maternidad, por ejemplo.

P2: Yo hago la ayuda aparte. Y luego derivo muchos niños, que veo yo en la planta, por ejemplo, a la asociación. Pero no puedes hablar con los pediatras, porque estoy fatal de la cabeza. Así de claro eh. Bueno, mi particular punto de vista.

P1: Y lo que... pero ya con todos los años que llevo, eh. Quiero decir... yo creo que la gente, en el hospital, porque muchos problemas surgen en el hospital. Muchos, eh. Porque son las primeras 48 horas. No todos. Eh... Si no están formados, hoy en día es porque están muy contentos en su zona de confort. Y es mucho más fácil darle a la madre una... Y encima, muchas veces hacerla sentirse culpable. Porque claro, porque no tengo claro el crío porque es que no le das el biberón. Entonces, si no se forman hoy en día es que es porque no quieren, o porque no creen en ello, o porque no les parece importante. Entonces... y luego los pediatras. Es verdad que los hay a favor y en contra. Vale. Pero yo estoy convencida, de hecho yo he vivido una historia de esas... Digo, mira, o sea que no te metas en mi parte, que mi parte es la alimentación del bebé. Tú no te metas y si no crees en ello, apártate. Bueno, tuvimos nuestros más y nuestros menos, y a los dos días vino y me pidió perdón. Quiero decir, también muchas veces tenemos que defender en lo que creemos. Y no lo que creemos, sino en lo que está basado en la evidencia para poder defenderlo. Y no me puede decir a mí ningún pediatra... Vamos, salvo que sea un premio Nobel, que igual no se lo discuto, que lo estoy haciendo mal. Si yo estoy convencida de lo que estoy haciendo, y estoy informada en ello. Entonces vamos a coger cada uno las culpas que tenemos. Bueno, esta es mi opinión, eh.

P2: El problema es que el propio sistema es el que pone barreras. Porque ya desde los inicios, por ejemplo, cuando un bebé está ingresado en la unidad de neonatos eh... por ejemplo, en esas unidades, a pesar de que fue mejorando los protocolos para tener acceso 24 horas... Las tomas, que sigan siendo cada 3 horas, eso para una lactancia es inviable. Y luego pues eso, diferentes mensajes contradictorios, que al final creo que deberíamos ir todos a una. Y siguen recibiendo esos mensajes contradictorios, que en esa época de post parto que estás vulnerable, y que claro te afecta todo a otro nivel, pues luego claro, te hacen dudar. A pesar de que muchas familias es verdad que están súper informadas, han leído un montón, pero claro, al final tú de un profesional esperas recibir información basada en evidencia. Y cuando recibes tanta contradicción, pues claro, al final pierdes esa seguridad que tenías. Y, sobre todo, lo de las alternativas para ofrecer un suplemento, ya sea de leche materna o leche de fórmula, es verdad que en eso no hemos avanzado y sigue habiendo ahí un gran vacío, porque no tenemos ni relactadores ni... no sé, que... Me parece que lo que son los biberones del hospital, de hecho, es que tienen un flujo súper rápido y no favorecen para nada luego una lactancia exclusiva. Para mí, la mayoría de lactancias que salen del hospital son mixtas. Porque al final vas por las habitaciones, siempre hay un biberón en la mesita si te fijas. Y muchas veces estás por la planta, y va un papá a pedir un biberón, y en vez de preguntar ¿es el deseo de la mamá dar lactancia de fórmula? O porque muchas veces es una lactancia materna, pero que por lo que sea, mal agarre y tal, y al final, si no indagas, si no preguntas, pues claro, al final... pues las familias recurren al biberón. Como que eso... Es verdad que una... como decía la compañera, ¿no? Que a veces no estamos donde tenemos que estar. Y jolín, la planta de maternidad, que para mí es un sitio en el que tienes que hacer, tienes mucho que hacer. Y se hace, vamos la mínima parte. Que al final, pues eso, las familias se van a casa con miles de dudas.

Moderadora: ¿Y qué otras barreras pensáis...? O P5, creo que ibas a decir algo.

P5: Sí, bueno, que estaba escuchando a todas las compañeras, y un poco respecto a la formación, es que creo que hay un problema muy serio en este país. Y es que no estamos obligados a formarnos, como profesionales sanitarios me refiero, a actualizarnos mejor dicho. No es una obligación. Sé que hay otros países en los que sí, me consta vamos. Reino Unido, por ejemplo, se me viene a la cabeza, que cada año tienen que hacer cursos de reciclaje de diferentes temas ¿no? Y pues en aquí no. Entonces claro, muchos profesionales van con consejos súper obsoletos, que además los dicen tan alegremente. Y muchas veces, como comentaban también, pues evidentemente las mujeres se fían, porque creen que esa persona es experta ¿no? Por tener un título, pues matrona de *gine*, de pediatra, del profesional sanitario que sea. Y claro, pues eso es un... es un peligro me parece a mí ¿no? O sea, creo que deberíamos estar obligados a reciclarnos en... eso, pues en temas como la lactancia materna. Y ya más al margen, o al margen de opiniones personales, porque me parece muy heavy que todavía pase en los hospitales, ¿no? Que puede haber gente a favor o en contra, ¿no? O sea, es que la lactancia, es. Y tú, personalmente puedes decidir no lactar a tus hijos o que no lo quieras hacer, o si eres un hombre que no das de lactar pero que no creas en ello. Vale. Pero tú no puedes dar ese consejo. No puedes decir las cosas que se dicen no, o no puedes dar tan alegremente los biberones como se dan, o meter miedo a las familias diciéndoles que es peligroso si no les dan un suplemento que... no sé, y no dar alternativas, sobre todo ¿no? Porque la primera alternativa a la lactancia materna directa debería de ser suplementar con la propia leche materna, o incluso con leche de banco. Entonces, bueno, creo que también ahí se mezclan intereses, ¿no? Si nos ponemos también un poco a indagar, intereses... Bueno, pues no sé si económicos es la palabra, pero bueno que tienen una influencia de otros aspectos, y entonces claro, pues... Al final... No sé, creo que es una cuestión también de... de actualizarse, de voluntad por supuesto, y de desgarnar un poco de dónde viene el problema, ¿no? Porque creo que tiene bastante trasfondo.

Moderadora: De hecho diría que la formación es casi lo más importante, ¿no? Estáis todas de acuerdo en que haría falta más formación de todos los profesionales de la salud al respecto sobre lactancia materna. ¿Qué pensáis de la figura como de, por ejemplo... por decirlo de alguna forma una enfermera experta en lactancia materna no para poder hacer este apoyo, este seguimiento en el proceso de amamantar. En la formación específica para que exista la figura concreta. Porque creo que en el sistema privado sí que existe esta figura, pero en el público no. No sé, vosotras sois las que más...

P2: A mí me parece que en alguna comunidad, me parece que en el País Vasco, no estoy segura. Pero sí que hay unidades de lactancia materna, o de esa figura que podría ser como una gestora de casos. De cuando tú veas un caso en el hospital en el que lo veas, que va a ir con algo de complicación, poder ponerte en contacto con la matrona que le corresponda de atención primaria, incluso la enfermera de pediatría, para dar como “oye, a lo mejor esta madre no tienes que ver al séptimo día, si no si puedes verla un pelín primero”. A la diada madre hijo, porque aquí yo le he visto que tiene este problema. El problema también que viene al final es, no ya económico, porque no creo que eso suponga realmente para el sistema sanitario mucho dinero. Pienso que es un poco también falta de voluntad, porque mucho boquilla (...), todo lo que queráis decirme de sitios. Y yo hasta lo que tengo entendido, por ejemplo, en el Hospital de Cabueñes, la Unidad de Neo... Esto de las puertas abiertas es un poco de boquilla y a la hora de la verdad, yo tengo madres que es que me apetece ir hasta allí. Así de claro lo digo. En plan decir, no puede ser. Si tenéis puertas

abiertas, son puertas abiertas. Y no podéis estar... como es... invitando a los padres que se marchen. No. Pero es que si quieren quedarse no tienes que decirle que se marche, para que descanse. No, es que la madre va a descansar mejor si está al lado de su hijo, eso lo primero. Entonces pienso que hay mucho también... me parece que hay mucha publicidad, ¿no? Así, en plan... Sí, nos dan los sellos de calidad, pero ya está. Es que los sellos de calidad estoy viendo que es muy fácil de conseguir, dando *click* al ordenador. Pero no es con el trabajo con las personas. Vamos, es que pienso, a mí me parece que falta tanto por hacer. ¡Y lo veo difícil eh! Y complicado. Pero no porque no estemos dispuestos ni haya gente en el sistema público formados, que lo somos. Si no, yo creo que hay falta de voluntad. Porque pienso que es eso. Pienso eh.

Moderadora: ¿De quién podría depender esa voluntad? ¿Porque pensáis que existe esa falta de voluntad?

P2: Bueno, porque es un trabajo extra para ellos. A lo mejor tendrías que entregar un proyecto al director de enfermería, me imagino. El director de enfermería que le dé paso, y luego te dicen, “vale, venga, la creas”. Y te ponen a ti, o a quien sea, una. Y con una no haces nada. Cuando te vas de vacaciones, ¿quién va? ¿Cualquiera? Eso, tiene que tienes que crear un buen equipo. No lo sé. Sería una buena opción, oye. Las que estamos en el lugar, sería un buen proyecto.

Moderadora: ¿Qué pensáis las demás? ¿Estáis de acuerdo?

P1: Yo... yo estoy... vamos de acuerdo. Completamente de acuerdo. Lo que pasa es que bueno, igual, tampoco hay que... Tú tienes que plantear el proyecto, a veces un proyecto parte con una persona o con dos, y cuando se va creando esa necesidad, al final ese proyecto... Sí es verdad que no se hace en unos meses, que tarda un tiempo... Acaba haciéndose una Unidad, como se hizo la Unidad de Heridas Quirúrgicas, cómo se hizo la Unidad de Nutrición Enteral... Todas esas empezaron con un embrión. Y mira, hoy día están funcionando, igual es arrancar, no lo sé. Ahí lo dejo.

P2: Vale. A mí me pasó una cosa con unas tetinas. Yo propuse unas tetinas que me gustaban más, para los neonatos, y estoy a día de hoy esperando que si alguien me hace caso con ellas, y de momento nadie. Tampoco era algo fuera de lo normal era una compra. En el Hospital de Avilés se compraban, aquí no puede ser, pues ya está. No sé por qué, porque deben dar las tetinas gratis, que será la historia por ahí. Es que ya me pongo un poco de mala leche, la verdad.

P1: No, ese es un problema también en la cantidad de diversidad. Que la diversidad es buena, pero lo que vale en un área, no valen en otra. Y eso es un problema... para mí, me parece un problema serio.

P2: Materiales diferentes ¿por qué? No entiendo por qué tiene que haber materiales diferentes de un área a otra. Tendría que estar todos súper unificados. Las compras realmente unificadas. No cada uno por su lado.

P1: Sí, sí.

P2: Pues anda que no hay Áreas Sanitarias en Asturias. Ocho para ser concretos, son muchas. Que cada uno compre lo que quiera. Es que...

P4: Sí.

P1: Sí.

P2: Porque ya que a los niños les vamos a dar tetinas, pues si no eres capaz de conseguir, eh... pues eso, lo que decía *P4*, relatores o incluso con una misma palomilla, que haces una estupendísima metida en pezonera, que va muy bien. O sin pezonera, me da igual. No, tetinas, vale. Pues intentamos buscar una tetina...

P4: Claro.

P2: Lo más anatómica, pero anatómica real. Que ocupe bien la boca, en condiciones. No esa *tetinilla* pequeña, que eso no vale, no va bien, luego.

Moderadora: Y luego, al igual que habéis hablado mucho de esas primeras horas después del parto, aunque sea en el hospital, que hay muchas barreras y complicaciones por desinformación, por los mismos profesionales, ¿no? Luego, una vez se van a casa las mamás, es el periodo que se llama puerperio ¿no? Esos primeros días que son también fundamentales para luego poder continuar con la lactancia, ¿no? Porque es cuando más dificultades pueden surgir, pero ya estás sola en casa... ¿Qué pensáis al respecto? De cómo se debería, o se podría intervenir en ese periodo para que las mamás tengan ese apoyo necesario para poder continuar con la lactancia. Porque no sé si lo hay, no lo hay...

P2: *P4*, una pregunta tengo para ti. Porque lo que no tengo claro es que las matronas, cuándo tenéis pautada o prevista la primera visita por posparto. Si tenéis una fecha concreta, o es dependiendo...

P4: Mira, eso suele ser, primera semana de vida, que claro, cuando ellas dan a luz, normalmente se ponen en contacto con la matrona del centro de salud. Y según el cupo que tenga, claro, pues hay gente que te recibe tercer, cuarto día, y hay gente que te recibe séptimo, octavo día. Entonces, claro, lo ideal, que les vieran nada más salir del hospital, porque es que la mayoría sale con problemas ya, claro. Entonces... bueno. Por lo menos sí que hoy en día hay más recursos. Está la asociación de matronas que tiene estos grupos también, aparte de Amamantar, que tienen los grupos voluntarios, tanto en Gijón como en Oviedo. Y luego bueno, que cada vez más pues van viendo también que hay otros profesionales vía privada, a los que pueden recurrir más de forma inmediata. Porque es que al final yo entiendo a esas familias que madre mía. Y es que les digo muchas veces “cuando te den el alta, llámame si lo necesitas que os recibo”. Porque es que, claro, están esa noche...

P2: Ya, pero el problema de la privada es que luego solo puedes... Ahí solo va a poder acceder quien puede acceder, no todo el mundo va a poder acceder a este recurso.

P4: Ya. Lo sé y es una pena que...

P2: Esa es la pena.

P4: Sí, sí, claro. Y a veces, otra cosa que me encuentro, no sé si os pasa. Que van muchas veces profesionales, también privadas, que jolín van de uno a otro rondando, y esa mujer sigue con problemas... Alargamos ahí el problema, no damos solución y es que muchas veces, al final acaba claudicando esa lactancia. Cuando existen, por ejemplo, puedes hacer un parto visto en el que hay problemas con (...). Que unos profesionales dicen sí, sí, tiene frenillo corto. No, no, no tiene frenillo. Eh... No es succión, que la succión no tiene buena...

P2: O solo es un poco.

P4: Sí, sí. De hecho en el HUCA (Hospital Universitario Central de Asturias), eh... No sé si has visto que los submucosos, bueno, los intervienen fatal, fatal, o sea...

P2: No los intervienen. En el HUCA como mucho un tres. Y a un tres, lo mucho que te hace que suele venir siempre, siempre con submucosa, la mayoría de ellos. Incluso los unos y los dos, también te aparecen con una parte de submucosa. Pero bueno, al uno y al dos, si le cortas y libera, ese niño ya parece otra cosa. Pero un tres, la mayoría viene con un submucoso. Te van a cortar un poquitín delante, y si te lo cortan. Y si no te dicen, ¡ay! Como haya encima de una buena ganancia ponderal, olvídate. No preguntas a la madre que ¡ay! pero si esta niña está comiendo bien. Bueno, no te preocupes. Bueno, pues hija aliméntalo con biberón. Así se han vuelto madres que van a HUCA. De Cirugía Pediátrica ni hablamos, de vuelta para su casa. Entonces también es eso, lo que dices tú. Dar tantas vueltas entre profesionales, yo... hay madres, que a veces, piensas, aguantan mucho.--

P4: Muchísimo.

P2: Aguantan muchísimo.

P4: Muchísimo.

P2: Ole, eh. Ole por ellas. Pero... sí, sí mucha peonza. Mucho... Lo que dices tú. Y de un sitio para otro, cosas distintas... Entonces es que es un batiburrillo mental, que estamos en una época en el puerperio, que sabemos que la cabeza no nos va, además, al cien por cien.

P4: Sí, sí, a nivel emocional es terrible.

P2: Es muy duro.

P4: Sí.

Moderadora: ¿Alguna otra aportación al respecto sobre este periodo tan complicado? Por ejemplo, algunas de vosotras tenáis consultas online. No sé si también le aplicáis este sentido, en este periodo.

P4: Sí, yo tengo consultas online. Pero, por ejemplo, para una lactancia con problemas, yo veo un poco barrera la pantalla. Que para lograr una succión yo siempre recomiendo verlo in situ, ¿sabes? Porque si es

algo en plan... formación general, todavía puedes hablar, ofrecer apoyo. Pero cuando es problema de grietas, dolor.... Ahí yo creo que lo presencial, sí o sí.

P3: Sí, yo creo que la consulta online está muy bien para... bueno, pues para prevenir o dar educación para la salud, para la lactancia. También para diagnosticar precoz y derivar y decir... “Oye, esto no está bien, no es normal, busca a alguien cerca que te pueda ayudar”. Y luego para hacer seguimiento a las mujeres a las que ves que no las puedes ver todos los días, a lo mejor, pero sí que las ves una vez y a lo mejor en una semana no las vas a volver a ver. Sí se puede hacer ese seguimiento online. Pero bueno, lo que decís cuando hay que hacer una intervención porque las cosas no van bien... online la mayoría de las veces, no sé.

Moderadora: A lo mejor un apoyo podría venir de los mismos grupos de apoyo, de asociaciones para lactancia materna, ¿no? A lo mejor ahí podrían las mamás en ese periodo encontrar esa ayuda, ese seguimiento, ese apoyo, ¿no? Como Amamantar, por ejemplo, y otras más que hay. No sé, a lo mejor podrían, ya que por el sistema sanitario no se recibe en ese período el apoyo, y vía online, pues obviamente, como decís, pues no es lo mismo, no se puede hacer del mismo modo, pues a lo mejor se puede recibir ese apoyo a través de las asociaciones. ¿Pensáis que es una buena vía?

P2: Hombre, los grupos de apoyo de madre a madre son buena guía. Pero por ejemplo a mí me parece que en Amamantar tenemos los grupos de apoyo, y luego la consulta personal. Las consultas personales se nos va de las manos, vemos demasiado... para mi gusto, vemos demasiadas madres. Que no deberían venir hasta nosotras, vale que nos hemos formado, vale que somos sanitarias... Y vale que tenemos muchos recursos que soy consciente que no, que desde el centro de salud, no hay tantos recursos como el que nosotras manejamos. Hemos conseguido mucho material. Y eso está bien. Pero es que yo soy de la opinión de que todo eso debería estar en el sistema sanitario. O sea, en vosotras las matronas, o enfermeras de pediatría, es que me da lo mismo. Pero en el sistema sanitario en el público. Y de ahí ir viendo. Yo estoy contenta con las matronas, porque tenemos buena comunicación con muchas de ellas. Y vemos a madres que luego, si sabemos que la matrona, o eres tú o... pues la escribes un mensaje. Pues he visto esta madre, te va a ir... A lo mejor la veo antes que la vea la matrona y ya puedo hablar con la matrona para decirle. También es verdad que no todas las matronas tienen los oídos abiertos para nosotras. Pero bueno, muchas de ellas sí. Y está bien. Pero pienso que lo que hacemos en mí... Yo, desde la que yo conozco, a la que pertenezco, se nos ha ido un poco... O sea, nuestro inicio, eran los grupos de madres de apoyo, de crear red, de crear tribu. Que eso también viene muy bien. De soltar tus problemas en una reunión, y ver más o menos lo que han hecho otras madres. Yo cuando fui madre, sí que fui a alguna... alguna vez fui al Centro de salud de Puerta de la Villa. Creo que se hacían antes las reuniones. Y me venía muy bien, aunque solo sea por el hecho de decir, no estoy sola en este calvario que me ha tocado. Porque así lo viví yo, eh. Solo he tenido una hija, pero la lactancia, los inicios, fueron... los recuerdos muy mal, muy horribles, muy malos la verdad. Y no obtuve ayuda por parte de mi enfermera, ninguna. Por parte de mi matrona sí. Pero por parte de mi enfermera de pediatría no.

(...)

P1: A ver, vamos a ver. Lo que te pone el programa, los famosos programas de tal, es que tienes que ver al bebé y a la mamá a los 15 días. Eh...yo, eso no lo hacía. Yo hablé con el hospital para que me mandasen, en cuanto le dieran el alta a la mamá, me mandaban un fax y yo recogía en administración los faxes. Y además, como tenía la consulta previa, la consulta no, las reuniones que hacíamos previo a dar a luz con las futuras mamás, ya les decía, “oye, vosotros en cuanto salgáis no me llaméis desde el hospital, pero en cuanto salgáis oye el papá o quien sea que me llame y hablemos”. Entonces, y solía... yo la primera consulta más allá de los 5 días, nunca lo hacía. Presencial eh... Telefónica, al tercer día yo ya hablaba con ella. Y ya veía si lo que iba, ¿qué hacía? citarla siempre a última hora de la consulta, porque una consulta de lactancia, en menos de una hora no la haces. O sea, es que es imposible. Pon al bebé a mamar, corrige la postura, tranquiliza a la madre, tal. Entonces claro, yo esto lo hacía. ¿Qué pasa? Que lo que no puede depender una lactancia, o el de dónde... en qué centro de salud caigas. Claro, es que eso es... no entra en mi cabeza. También os voy a decir una cosa. Luego yo, después de 10 años, de estar con todo este proyecto hice un estudio, iba recogiendo las lactancias, lo que duraban y tal, y se vio... en ese eh, estoy hablando... Llevaba 10 años. Luego yo seguí con ello, se vio que no aumentaba el número de lactantes, pero sí nos aumentaba el período en que lactaban las mamás. Eso estaba demostrado. O sea, la que ya había decidido que no lactaba, no lactaba. Tampoco yo trataba de convencerla eh. Yo le contaba lo que había y punto. Pero si lo había decidido no tengo porque culpabilizar a nadie. Pero sí que las lactancias que antes, al mes y medio, dos meses, fracasaban, en cuanto hicimos esta intervención, desde luego, pero llegaban a dos años a tres años... bueno, y alguno me llegó a los seis. Pero bueno, eso era excepcional. Y esa es mi experiencia. Insisto en que creo que no puede depender de que alguien decida hacer... Tiene que estar implicado el sistema. Hubo una época en que sí que parecía que todo era por la lactancia, cuando hicieron aquellos decálogos que se colgaron en todas las plantas de pediatría tal, que no valen para nada, porque yo creo que no los leen. Hablo de los profesionales, eh. Porque vamos, yo lo he vivido. De aquellas sí que tal. Y yo, por ejemplo, eh... vuelvo a contar un poco lo que yo trabajé. Fui a hablar con mi Dirección de Enfermería de en aquel momento. Y digo, oye, yo si queréis todas las mañanas, igual que hicimos lo de la Unidad, hicimos todas las mañanas de 8 a 9, y voy a dar una charla a cada centro. Una charla, o dos, o tres, o lo que necesiten, para que pierdan un poco, porque muchas veces es miedo lo que tienen los propios profesionales eh. Tienen un poco de miedo a que igual le digo que siga con la lactancia y... porque eso está en nuestro ADN. Han sido tantos años de decirnos que era mejor el biberón que el pecho, que vamos... Entonces, a ver si le digo que sí, que siga con la lactancia y luego el crío no engorda, y luego pasa algo. Entonces, enseñar a los profesionales un poco a... perder ese miedo, y el cómo trabajaba yo. Bueno, un poco hablar de la lactancia. Bueno, no... me ofrecía yo, o sea, que me iba yo a todos los centros para volver a mi centro a las 9 - 9:15 de la mañana a empezar mi consulta. Pues no... No hubo... no. ¡Y eso estoy hablando de una dirección eh! O sea que... Y que no me lo habían pedido ellas, fui yo la que dije, “corcho, igual haciéndolo así, igual la gente se involucra más y tal”. Bueno, pues no... no hubo... no, no hubo quórum. Y bueno, eso es todo.

P2: Es una pena.

Moderadora: Pues mira que es una buena opción. Sí. (...) Y viendo todas las barreras que nos encontramos y todo el vacío, y pues cómo funciona el Sistema, ¿no? Que nosotras tampoco podemos hacer nada al respecto, (...). ¿Cómo pensáis que pueden influir las nuevas tecnologías? ¿De qué manera nos pueden

ayudar en este tema, tanto en el fomento, con el apoyo, esa continuidad? ¿Cómo nos pueden ser de útiles en el tema de la lactancia?

P2: Hombre, lo del *WhatsApp*® también ha dado... Les da una tranquilidad a las madres... Yo a las madres que veo siempre tienen mi teléfono y yo les digo, “yo os contesto cuando pueda, porque obviamente esto es voluntario, es mi vida privada que tengo, pero siempre me podéis escribir”. Siempre prefiero audios porque parece que te explicas un poco mejor. Y yo en cuanto lo escucho pues contestas, más o menos... Incluso de ahí, a veces han salido pues citas urgentes que he tenido que ver, ¿no? Y eso, da una tranquilidad. Eso es como cuando tú haces una ronda de noche, te presentas a los pacientes, o de mañana o de tarde, me dan lo mismo, que estás ahí para lo que quieras, que te llamas tal, y que si necesitan algo que te llamen. Pues esa tranquilidad, el saber que tienen a alguien ahí al lado... aunque realmente a lo mejor a veces no vas a solucionar el problema. Pero solo con escuchar, ya la madre siente un alivio de decir, bueno, tengo alguien aquí al lado que puedo contarle lo que me está pasando, y me puede o ayudar, o bien derivar, que a veces tengo que después si tienes que derivar derivas. Que no pasa nada. A mí me parece, lo que ha dicho P3, el *WhatsApp*®, es una herramienta estupenda. Y las redes sociales, tipo Instagram y eso, pues... hay que saber hacer también un poco de criba. Pero eso ya es un poco difícil. Porque hay mucha información y no toda es buena. Entonces ahí hay, para mí, las dos vertientes. Internet ahora mismo está lleno de... pues de cosas muy buenas, pero que tienes que saber buscarla. No todo el mundo llega a la buena información. Me puedo quedar a mitad de camino.

Moderadora: ¿Y qué pensáis las demás?

P3: Yo creo que con la pandemia también tuvimos un ejemplo, ¿no? De esto a lo bestia. Yo a día de hoy, en Madrid que es un caos... estáis siguiendo el caos que es en Asturias, en Madrid no os podéis imaginar. Eh... a día de hoy, una mujer que sale de un hospital público y tiene problemas con la lactancia si pide cita en su centro de salud pueden darle cita para dentro de 3 semanas. O sea, imposible. Se tiene que buscar siempre la vía privada. Es imposible. Durante la pandemia, como hubo tantos grupos matronas de centros de salud que hacían consultas online, grupos de *Telegram*®, grupos de *WhatsApp*®, grupos de todo... se sentían mucho más apoyadas en... sabían, por lo menos, dónde tener el recurso. De “¡jolin voy a preguntar”, “mira, tengo esto qué hago”. Y siempre al final salía, aunque fuese el recurso privado de “mira, esta persona te puede ver mañana”. Público, privado, una asociación, lo que sea. A día de hoy están más perdidas que en la pandemia, porque estos grupos pues cerraron, por lo que sea. Y es verdad que las madres no saben dónde buscar. Y al final, pues algunas acaban en urgencias en el hospital con la pastilla de cortar la leche y antibiótico sinceramente. Habiendo ¡jolin! Tantos recursos, tantas matronas, tantas... En Madrid, que hay 900.000. ¿Cómo es posible que no hayas encontrado el recurso? Pues no se encuentra. Así que, por mucho que tengamos información, muchas veces no llegamos, está claro. No llegamos a la persona que nos busca, eso es un problema.

(...)

P5: Yo quería decir... que también es importante hacer mucho hincapié en el... o sea durante el embarazo. Que es lo que no puede ser es que llegue el parto y el puerperio inmediato, que no es el mejor momento

para tener que estar buscando recursos. Si no tenerlos previamente ya un poco investigados, ¿no? De hecho, últimamente se habla bastante del Plan de parto. O sea como ese documento ¿no? que la propia mujer redacte para ella. De tener todos sus recursos, tanto a nivel organizativo en casa como a nivel pues esto, recursos en profesionales. Que si surge un problema una vez ha nacido el bebé, ya lo tenga ¿no? Como el teléfono apuntado, o una dirección de correo o *WhatsApp*®, para poder contactar. No cuando surge el problema, una vez ha nacido el bebé, ponerte a buscar. Porque no es el momento. Y te lo puedo decir también ahora a nivel personal. Porque yo, que soy matrona, que supuestamente tengo muchos conocimientos, estoy teniendo problemas con la lactancia, y menos mal que tenía la información, y menos mal que tenía profesionales a los que puedes recurrir, porque si no después de 3 semanas ya esta lactancia habría finalizado. Os lo puedo vamos, garantizar. Entonces eso por un lado, y luego sí que creo que también nos lo tenemos que creer más los y las profesionales, relacionados con la lactancia. Ya no solo dándole importancia, que se la damos. Sino viendo importante nuestra labor de poder ayudar a las mujeres, y a esos seres con sus lactancias. Y bueno, es verdad que muchas veces nos topamos con consejos erróneos, como comentabais también antes y demás, pero tenemos tener la capacidad de decir, “bueno, esto no está bien dicho, tira más por aquí”... O sea, que a veces nos da miedo, y lo digo también a nivel personal que me ha pasado contradecir, o a lo mejor ¿no? Ir en contra de alguna recomendación que se ha dado. Pero es que si no es correcta, por mucho que le haya dado un profesional que tenga un título X, pues tenemos tener también la capacidad de poder decir, “Oye, pues esto no está bien”. Y creo que las redes sociales también nos pueden... nos pueden ayudar en esta labor. Pero hay que saber un poco llegar, que es donde también creo que está el problema.

(...)

Moderadora: Vale, pues por no quitarnos más tiempo (...) ya voy llegando al final. Simplemente cuando hemos comentado el tema de las nuevas tecnologías (...) ¿Qué otras opciones se os ocurren que podríamos tener, o que debían de estar a nuestro alcance como apoyo a la lactancia? ¿Qué sugerencias podéis hacer al respecto, tanto el contenido como soporte digital de esa herramienta de apoyo a la lactancia materna? (...) Cosas fundamentales que deberían tener estas herramienta 2.0.

P2: Hombre, un perfil de *Instagram*® bien hecho, o sea, son estupendos. Alguno que... A ti te sigo *P5*. O sea que algunos están bien, quiero decir, y si cuentas tu experiencia personal también es... a mi *Instagram* me gusta, pero tienes que saber también a quién... puedes seguir. A quien te dé la gana, obviamente, pero saber a quién sigues. Si es en cuestión de lactancia, pues saber que esa persona... bueno, pues que tienen los conocimientos y que... A mi *Instagram* me gusta, tengo que reconocerlo. Y el *WhatsApp*® me gusta. El *WhatsApp*® ya os digo que para mí es fundamental. Pero es verdad que *WhatsApp*® es como más personal. Pero para llegar a más gente, pues sí, para hoy por hoy pienso que *Instagram*. Vídeos cortitos... hay muchas cosas. Yo lo uso muy poco, pero sí es verdad que tiene muchas posibilidades.

Moderadora: ¿Alguna idea más que se os ocurra a las demás?

P1: Yo lo único... es que a ver, porque yo de tecnología poco eh. Eh... Las redes sociales a mí me parecen... Sí, probablemente ahora la que está más en uso es *Instagram*®, o... bueno. Pero sí que un apunte

es, la mayoría de las mujeres sí que van a la matrona antes de dar a luz. Entonces sería decirles, pero por escrito. Yo ya lo hacía... bueno cuando lo hacía yo. Pero por escrito, en unas tarjetitas a lo mejor hechas o tal, a quién tienen que seguir. Porque si no, lo que hablábamos, se meten y no. Ellas no saben si quien está hablando, ahí está formado, no está formado... entonces, “oye mira, si tienes dudas o tal y quieres, ahora que andamos tanto en las redes, métete. Pero métete en esta página”. Me parece importante para que no... porque si no, bueno, nos pasa a todos. Nos perdemos en toda esa marabunta. Entonces, bueno, que fueran un poco ya sobre seguro, eso me parece importante.

Moderadora: Muy buena idea sí.

(...)

P4: Incluso (...) a colación de lo que decían, de que a los grupos de apoyo y de la lactancia, pues que no solo acudan las mujeres que tengan problemas con lactancia. Yo animo cada vez más que vayan embarazadas. Porque así ve la experiencia de otras madres, ve los problemas que pueden surgir, los primeros días... me parece interesante, que las familias como que se preparan mucho para la llegada del bebé en tema cuidados, tema pues preparar la casa, tema emocional, como que les mueve más. Pero el tema de la alimentación, es como que ya cuando llegue el bebé, ya sobre la marcha. Y para mí creo que es importante prepararse también en tema de alimentación. Incluso tema biberón. Que parece que como si es lactancia materna me formo y tal, pero si es lactancia artificial no. Y yo creo que también hay que enseñar a las familias cómo dar un biberón. Que se nos olvida a veces. Y también, como profesionales, tienen que saber que recomendaciones dar.

Moderadora: Sí. Y todo eso a través de, por ejemplo el *WhatsApp*® o *Instagram*®, se puede dar esa información, ¿no? Como decíamos, sería una buena opción (...) ¿Alguna aportación más?

P2: Son opciones, pero... son opciones, pero siempre pienso que la presencial es la mejor. Es decir, los grupos de apoyo son fundamentales. Se van perdiendo porque requieren su esfuerzo. Porque es así, requiere el esfuerzo de las moderadoras, de estar libre, de poder ir... pero son muy buenos. Yo veo que son muy buenos. No perder esa... presencialidad, que ya la perdimos durante dos años, y sí, nos revolvió para hacer estas cosas, pero yo me siento arropada si estoy al lado de una madre que está pasando problemas, y cuenta, y yo cuento, y la otra cuenta... y eso, *P4*, que vayan embarazadas es fundamental. Cuando van a embarazadas a las nuestras a las de Amamantar, muchas de ellas a veces terminan... bueno, terminan... si tienen problemas, entonces sabes dónde ir, saben dónde buscarte.

P1: A mí me... Hay una cosa que no estamos tocando y me parece... bueno, me parece fundamental también en el éxito de la lactancia, que es insistir un poco ... bueno, insistir, no sé como diría la palabra. Eh... la familia. Porque hablamos la embarazada, la parturienta, el bebé ponerle no sé qué. Pero como tengas una presión de detrás, de “tú sabrás lo que estás haciendo, pero...”. Y eso hay que trabajarlo mucho también. Y creo que es importante. No sé cómo lo veis.

P2: Es importante, pero es muy importante que la madre lo tenga trabajado, yo por mi experiencia personal. Yo tenía muy claro lo que quería, y no dejé, de hasta ponerme borde con... pues con mi madre y con mi suegra, básicamente, que las dos eran de biberones. Aquí hemos sido todos de biberones, y yo maté de hambre a mi criatura. Qué le vamos a hacer. Pero yo fui capaz, pero es verdad que yo había leído y estaba formada, y me interesé por la lactancia. Que en un momento no me interesaba, eh, jojo, cuidado! Que al principio del embarazo, un mes si total... Y luego fueron pasando los meses y la cosa, claro... ya hace 11 años, y ya la cosa era como que te ay... Pues bueno, cayó un libro en mis manos y lo leí, y dije ay... Pues ya era otra cosa, ¿no? Iba aumentando yo mis perspectivas de lactancia. Y luego estaba yo muy convencida. Entonces es muy importante la familia, pero como tengas familia que venga. Porque a día de hoy, todavía me siguen diciendo eh. Y ya han pasado muchos años. Eh... Es muy importante, tú tenerlo muy claro. Tú y tu pareja.

P1: Sí, sí, sí.

P2: Si mi marido no me hubiera apoyado, seguramente mi lactancia se hubiera ido al garete. Porque yo al lado tenía los pepitos grillos que me apetecía al menos, o sea, no sé... Comérmelas en ese momento, del horror.

P1: Sí, sino para ponerte... en ese sentido lo digo. O sea, primero que la mamá lo tenga claro, evidentemente. Pero que sí que hay que trabajar, para que se sienta apoyada, porque sabes que va a venir al final eso, tu madre, tu suegra, la tía o la frutera de abajo.

P2: Pues nada, a mi madre, a mi suegra, lo que hay que decirles es que te ayuden en la casa y que te hagan comida, que te viene muy bien. Y el resto que no se metan. Hay que decírselo un poco así, es un poco borde, pero yo llegué a ese punto.

P1: Sí, sí, pero si yo en eso... vamos, estamos completamente de acuerdo, pero que hay que ayudarlas a ellas.

P2: Y madres, abuelas, son difíciles sede de cambiarles la perspectiva, son muy difíciles. Vamos a la mía, no le cambié, a mi madre. Y luego estuve un año, quedó muy bien. Y luego si es mi padre, siempre me dice “qué razón tenías”. Digo ya, ya, pero tuve que escuchar mucho, ¡eh! Bueno, me hice la sorda, pero... (...) Lo que pasa es que a veces son tan cercanos que es un poco difícil de hacerlo. Porque si es tu madre o tu suegra es complicado. Y si la lactancia es estupenda desde el principio nadie te va a decir nada. Pero como una lactancia te vaya muy mal desde el principio, y la niña lllore mucho... Bueno, “mujer, es que por qué no le das... ya está bien, dale un biberón. Venga hombre. Es que, ¿te merece la pena, merece la pena estar así?”. Es que era así eh. Tienes que estar mentalmente muy preparada. Y las que te están diciendo son tan cercanas, pues hombre a veces es complicado.

P1: Yo tampoco creo que haya que cerrar la puerta a la gente que no... A ver, por qué lo digo. Porque yo, cuando lo hacía, siempre les pedía, oye, que vengan los papás que puedan, o las abuelas, o un poco el entorno familiar que me apetecía, que fuera ¿no? Y recuerdo cantidad de abuelas... No hablo ni de una ni de dos, que me decían, “madre mía, si yo hubiera sabido esto antes de dar a luz, yo a mi hija le hubiera

dado el pecho”. O sea, incluso ayudas a que cambie la percepción dentro de la sociedad. Que no solamente es la mamá, o sea que entonces...

P2: Pero eso casi es mejor en los grupos de apoyo. Que si bien embarazada, si viene con su madre, con su suegra, estaría bien. Pero cuando ya has dado a luz...

P1: Ah, no, no, no, yo hablo antes, hablo antes. Sí, sí, sí. Claro, claro. Claro, claro. No, no, no, yo hablaba antes.

P2: Ah, sí, estando embarazada estaría estupendo, porque a lo mejor sí que te cambia la perspectiva. Y tú si tienes un problema dice tu madre, o te puede ella centrar, o tú o tu suegra. “¿No te acuerdas a lo que fuimos?”. Bueno, vale, sí, ahí sí. A madres y abuelas o familia, en ese momento, sí. Cuando has dado a luz y tienes problemas, no.

Moderadora: Y tú, por ejemplo, y ya vamos con esto cerrando, que tampoco quiero quitar más tiempo. Pero y tú P5, que estás ahora con ello, de todo esto último que estábamos diciendo, ¿qué opinas?

P5: Pues es que me está resonando tanto! Porque yo soy matrona experta en lactancia materna, y he tenido que aguantar a mi madre en el hospital diciendo que si no le estará haciendo daño mi leche al bebé. O sea, este es el nivel hace... pues eso, dos semanas. Porque es un bebé que tiene un frenillo submucoso, que estamos pendientes de solucionar en Asturias cuando volvamos, pero no el HUCA, (risas). No voy a ir al HUCA lógicamente, porque ya sabemos lo que hay. Pero me refiero que yo lo estoy viviendo en primera persona, que esto está pasando. Que sí, que pasa. O sea, imagínate me está pasando a mí, y evidentemente yo lo que le lancé fue una mirada asesina de “la leche no sienta mal”, y ahí se acabó la conversación. Pero cualquier mujer en el post parto, que está súper vulnerable, si encima no tienes la información, o bueno, la fortaleza, o sobre todo la información. Y yo porque soy una borde también, y porque con mi madre pues la se también... Cómo se las gasta. Pero es que es muy heavy. Y esto ocurre. Y yo lo que estoy pensando todo el rato, y os lo voy a decir así, es que lo que me parece fundamental es, dejar de poner como las dos opciones de la lactancia de fórmula y la lactancia materna al mismo nivel. Y hablo como un profesional sanitario. Evidentemente como mujer cada uno puede decidir qué hacer. Pero nosotras lo debemos tener súper claro, que la lactancia materna es la mejor opción es por la que tenemos que abogar. Y la frase de bueno, total, si le vas a dar biberón no pasa nada, es que eso no es verdad. O sea, ya no sé cómo, no sé, igual... Es que, deberíamos hablar más de los riesgos de la lactancia de fórmula, que de las ventajas de la materna. O sea la materna es lo normal, es lo habitual y es lo que estamos preparados no nosotras, sino sobre todo nuestras criaturas para tomar. Entonces, a mí es que me sigue viendo la imagen de las consultas de pediatría con los botes de leche de fórmula. Si las madres cuando entran en una consulta lo que ven son botes de fórmula, que es que en todas las consultas lo hay. Estuve el otro día en una yo aquí en Mallorca y también había botes de fórmula. Es que es incoherente el mensaje. O sea yo, a mí lo que se me remueve es eso. Es la incoherencia de los mensajes que damos como profesionales. Entonces, claro, las mujeres, pues andan al final... También un poco vulnerables por el momento en el que están, que por supuesto decisión personal de cada una hacer lo que quieran, pero con toda la información real y veraz. Porque yo creo que muchas veces no tienen una información real y veraz de la situación. Y luego por supuesto, pues los grupos de apoyo, el

poder ir a charlas previamente y el tener las cosas tú, pues claras. Y aún así, si surgen problemas, pues muchas veces también sucumbes o te tambaleas. Si es que me está pasando a mí. Si es que no puedo decir otra cosa, pero... Y no demonizo aquí la fórmula, pero sí que decir... no podemos estar dando el mensaje de que es lo mismo. Es que no es lo mismo, o sea... No lo es.

(...)

P2: Pero ahí voy... mira, voy a disentir un poquitín, porque no es lo mismo. Yo estoy a favor de lactancia materna, pero cuando hay problemas de lactancia, si en los inicios hay que hacer algo de mixta por lo que sea. Porque tú no puedas bombear, extraerte y porque sabemos... Yo sé lo que es estar atado a una bomba doble, o simple me da igual. Es un trabajo sobrehumano. Si con esa extracción a ti no te da para poder alimentar al bebé, el abecé de la lactancia empieza por lo que es la alimentación óptima de un bebé. Si tú, por lo que sea, que eso se tiene que investigar. ¿Qué causas son las que...? En tu caso una mala succión, un mal agarre, un frenillo submucoso... Pues si en ese momento hay que darle fórmula, se le puede dar sin ningún problema porque estamos en un país que gracias a Dios la... porque no vamos a poder... Bueno, si puedes acceder a una leche materna estupendo, pero ya sabemos que eso no es... Sería lo ideal.

P5: Claro, pero es que ahí está el problema, perdona que te interrumpa. Si es que yo estoy totalmente de acuerdo en esa línea. Pero lo que deberíamos es fomentar entonces la lactancia primero de banco ¿no? O sea suplementar con leche de banco. Que ya sé que es una utopía. Pero ya lo sé, ya lo sé que suena utópico. Pero es que si nos ponemos a soñar, a mí me gusta soñar grande. (...) Este tema da para mucho.

(...)

Moderadora: Todo esto daría para hacer otro grupo y debatir sobre el tema, pero tampoco os quiero quitar más tiempo. Por mi parte, simplemente agradecerlos el haber estado aquí presentes, haber participado, cómo lo habéis hecho y que ha sido un placer conocerlos.

ANEXO 6

Artículos de investigación derivados de la Tesis:

6.1.

Revista Anales de Pediatría (2020), "Análisis descriptivo de aplicaciones móviles sobre lactancia materna".

6.2.

Revista Anales de Pediatría (2023), "Actualización y recomendación de apps sobre lactancia materna".

6.3.

Revista Enfermería Clínica (2024), "La Web 2.0 como un nuevo apoyo a lactancia materna: percepción de madres y profesionales mediante un enfoque cualitativo".

Actualización y recomendación de apps sobre lactancia materna



Breastfeeding app updates and recommendations

Sra. Editora,

La pandemia por COVID-19 demostró el rol crítico que cumplen las tecnologías digitales en los diversos ámbitos de la vida¹. Estas herramientas fueron esenciales para paliar los efectos de la crisis sanitaria generada y facilitar el acceso a diversos servicios de salud, entre ellos, la atención a la lactancia materna (LM).

El incremento en los últimos años del uso de dispositivos móviles y su conectividad a internet ha generado un importante mercado de aplicaciones móviles de salud (apps). Según el informe *The State of Mobile in 2022* de la compañía de análisis App Annie², en el año 2021 se descargaron 230.000 nuevas aplicaciones, un 5% más que en 2020, y de media, se descargaron 435.000 aplicaciones por minuto en el mundo.

En el año 2018 realizamos y publicamos en esta revista un estudio descriptivo de las apps existentes sobre LM en internet³. Tras cuatro años del estudio inicial, y con la pandemia de por medio, nos planteamos un nuevo trabajo con el objetivo de conocer la evolución de las apps sobre LM y analizar el número de descargas y los contenidos de las mismas para evaluar su usabilidad como herramientas en salud para la promoción de la LM en una situación en la que ha sido imposible la atención presencial de las mujeres lactantes en los centros sanitarios.

Se llevó a cabo un estudio mixto mediante búsqueda en las principales App Markets utilizando la palabra clave

«lactancia materna», incluyendo los siguientes criterios de inclusión: idioma castellano y disponibilidad hasta el 31/12/2021.

A continuación se realizó una clasificación de las apps según las siguientes categorías: sistema operativo, desarrollador, tipo, país de origen, población diana, indicaciones u objetivos de la app, *feedback* (posibilidad de interacción con la plataforma) y gratuidad.

Finalmente, analizamos el contenido de la variable «indicaciones» de la app utilizando metodología cualitativa, a través de la descripción del desarrollador, creando tres subcategorías para analizar en profundidad su contenido: Información, Monitorización y Otros temas sobre LM (libros/revistas, entretenimiento [juegos], eventos, mapeo [recursos de lactancia, profesionales, ocio], páginas web de profesionales y asociaciones de apoyo a la LM) (tabla 1).

Se encontraron 340 apps, de las cuales 213 cumplían los criterios de inclusión. Como hallazgos principales encontramos que en los últimos años se ha duplicado la producción de apps sobre LM y la media de descargas del conjunto es de 231.812, el triple desde el análisis inicial. También es interesante el aumento del porcentaje de desarrolladores profesionales de un 3,4% a un 13,15%. El crecimiento en términos de lanzamiento (número de apps por año) se refleja en la figura 1, donde vemos una tendencia creciente desde el año 2019.

La mayoría de las apps van dirigidas a madres/padres (46,95%). Predominan las gratuitas (89,90%), y el precio medio de las de pago ha subido a 11,65 euros. Analizando el contenido, la frecuencia predominante es la Monitorización de la LM (43,66%), seguida de Información (42,25%) y Otros temas (7,98%). En cuanto al *feedback*, se ha pasado del 14,40% al 20,19%, lo que podría deberse a la necesidad de interacción social debida al confinamiento y al crecimiento exponencial de la vida virtual.

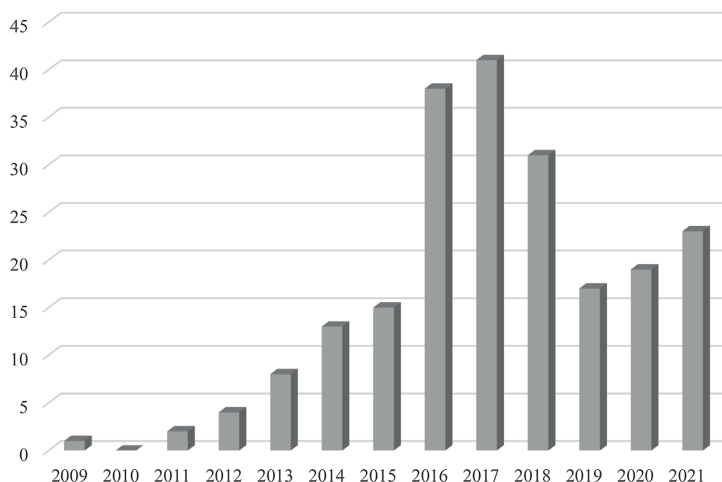


Figura 1 Lanzamiento de apps sobre lactancia materna en español. Periodo 2009-2021

Fuente: elaboración propia.

Tabla 1 Análisis descriptivo de apps sobre lactancia materna en español. Periodo 2009-2021

	n	%
Sistema operativo		
iOS	69	32,39
Android	143	67,14
Windows	1	0,47
Creador/desarrollador		
No profesional (madres, empresas software, otros)	185	86,85
Profesional	28	13,15
Medicina/pediatría/enfermería	12	5,63
Asociación profesional	6	2,82
Estudiantes de medicina	4	1,88
Consultoras internacionales de lactancia (IBCLC)	6	2,82
Lugar de origen		
Europa	123	57,74
España	75	35,21
Norteamérica	40	18,78
Sudamérica	29	13,62
Asia	20	9,39
Oceanía	1	0,47
Población a la que va dirigida		
Madres/padres	100	46,95
Madres	76	35,68
Madres/padres/profesionales/grupos de apoyo/cuidadores	24	11,27
Profesionales	10	4,69
Menores +12 años	3	1,41
Objetivos de la aplicación (categorías de análisis)		
<i>Facilita la Monitorización de:</i>	93	43,66
Lactancia materna	59	27,70
Hábitos del bebé	73	34,27
Desarrollo del bebé	59	27,70
Otros datos	46	21,60
Utilidades	36	16,90
Lactancia materna y lactancia artificial	63	29,58
Alimentación complementaria	45	21,13
<i>Proporciona Información sobre:</i>	90	42,25
Lactancia materna	51	23,94
Desarrollo del bebé	40	18,78
Otros datos	37	17,37
Alimentación complementaria	25	11,74
Cuidados de la madre	34	15,96
Lactancia materna y lactancia artificial	13	6,10
<i>Otros:</i>	17	7,98
Libros/revistas	8	3,76
Entretenimiento (Juegos)	7	3,29
Eventos	4	1,88
Mapeo de recursos (lactancia, profesionales, ocio)	6	2,82
Páginas web profesionales	1	0,47
Asociaciones pro lactancia materna	1	0,47
<i>Información y monitorización</i>	13	6,10
Feedback	43	20,19
Gratuidad	190	89,20

Fuente: elaboración propia.

Las restricciones de acceso a los servicios sanitarios presenciales debidas a la COVID-19 han supuesto un incremento de la telemedicina⁴ y de las descargas de contenidos digitales sobre LM, tal como indica el «Informe lactancia 2020»⁵ publicado por la app LactApp. Sin embargo, la recomendación de este tipo de herramientas por parte de los profesionales aún es lenta y limitada y exige generar una base común de conocimiento que aporte seguridad a los usuarios debido, principalmente, a la falta de evaluación y de acreditación⁶. Esto supone un reto profesional, ya que debemos investigar quién está detrás de los contenidos que ofrecen las apps, que deben basarse en la evidencia científica, ser fiables, actuales y de calidad. En nuestro estudio no encontramos aún ninguna aplicación que cuente con distintivos que reconozcan la calidad y la seguridad de las mismas.

En un mundo que inexorablemente se mueve hacia una mayor digitalización en todas sus dimensiones, la recomendación de apps en la atención sanitaria supone una tarea que debe estar apoyada por las organizaciones, para que el profesional se sienta seguro. La no existencia de un listado de aplicaciones móviles, guías de uso y acreditaciones lo hace aún más complicado.

Las autoras consideramos que la creación y la recomendación de apps para madres lactantes por los profesionales de la salud ha llegado para quedarse y podría constituir una herramienta más para el fomento de la LM.

Bibliografía

- Lucas Arteaga RS, Cevallos Flores SA, Pita Salazar RA, Quijije Quiroz HB, Marcillo Merino MJ. El internet de las cosas y su aplicación en la pandemia contra la COVID-19: el internet de las cosas. UNESUM-Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria. 2021;5:13–20 [consultado 2 Feb 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.47230/unsum-ciencias.v5.n4.2021.404>
- App Annie. The State of Mobile in 2022. San Francisco; 2022 [consultado 9 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.data.ai/en/insights/market-data/state-of-mobile-2022/>
- Díaz Cano AI, Margaix-Fontestad L, Esplugues A. Análisis descriptivo de aplicaciones móviles sobre lactancia materna. An Pediatr (Barc). 2020;92:302–5 [consultado 11 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403319301663>
- ConSalud.ed. El uso de la telemedicina en España aumenta un 153% (The use of telemedicine in Spain increases 153%), 6 May 2020 [consultado 19 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.consalud.es/tecnologia/tecnologia-sanitaria/telemedicina-espana-aumenta-153-78862.102.html>
- LactApp. Informe lactancia 2020: Así ha afectado la pandemia a la lactancia materna. 2020 [consultado 28 Mar 2023]. Disponible en: <https://lactapp.es/informe-lactancia-2020/>
- Martín Fernández A, Marco Cuenca G, Salvador Oliván JA. Evaluación y acreditación de las aplicaciones móviles relacionadas con la salud. Rev Esp Salud Pública. 2020;94:1–11 [consultado 4 Feb 2022] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos propios/resp/revista_cdrm/VOL94/C.ESPECIALES/RS94C.202008085.pdf

Ana Isabel Díaz Cano^{a,*}
y Ana Esplugues^b

^a Hospital Universitario San Agustín, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Avilés, Asturias, España

^b Facultat d'Infermeria i Podologia, Universitat de València. Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud. FISABIO - Universitat Jaume I - Universitat de València. CIBERESP, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anarkanda@hotmail.com

(A.I. Díaz Cano).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.06.002>
1695-4033/ © 2023 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Síndrome tricorninofalángico: un diagnóstico de visu al alcance del pediatra[☆]



Trichorhinophalangeal syndrome: A diagnosis accessible to the pediatrician at first sight

Sra. Editora,

El síndrome tricorninofalángico (TRPS) es una entidad poco frecuente de herencia autosómica dominante, alta penetrancia y expresividad variable, que se debe a una alteración en el gen *TRPS1*. Clínicamente se caracteriza por alteracio-

nes del pelo (cabello escaso, adelgazamiento lateral de las cejas) y uñas (distrofia ungueal), leve dismorfia facial (punta nasal bulbosa, filtrum largo y plano, labio superior fino y pabellones auriculares prominentes) y anomalías esqueléticas (talla baja, braquidactilia, desviación de las falanges, epífisis de las falanges en forma de cono, displasia de caderas y osteopenia). Se subdivide en dos tipos: TRPS I (OMIM # 190350), que se debe a variantes patogénicas del gen *TRPS1*; y TRPS II (OMIM # 150230), que se produce por delección de genes contiguos en el cromosoma 8 (incluyendo *TRPS1* y *EXT1*) y asocia además osteocondromas y discapacidad intelectual^{1–3}.

En este trabajo presentamos varios miembros de una familia, diagnosticados de TRPS a partir del estudio de un niño de 6 años por hipoprecimiento y ciertos rasgos dismórficos. En el caso índice, a la exploración destacaba una talla de 108,8 cm (–2,68 DE), un índice de masa corporal (IMC) de 13,52 kg/m² (p10), con proporciones corporales

[☆] Presentación previa: 36 Congreso Nacional SEPEAP. Alicante, 20-22 de octubre de 2022.

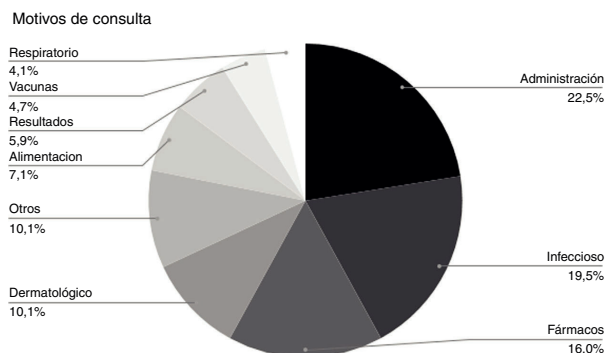


Figura 2 Principales motivos de consulta.

realizado en una única clínica privada limita la generalización de los resultados, siendo necesario una implantación en distintas zonas geográficas/socioeconómicas. Por otra parte, la encuesta de satisfacción no es una herramienta validada, aunque la tasa de retorno de respuestas haya sido considerable. También sería interesante replicar el estudio en los meses de mayor frecuentación de pacientes. Nuestros resultados no son generalizables, pero los patrones de utilización y los comentarios de las familias demuestran que es un método que mejora la comunicación con los pacientes. Los pediatras somos líderes en Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)^{5,6} siendo especialistas bien posicionados para transformar la atención sanitaria en este aspecto.

Bibliografía

1. Dans E. El futuro de WhatsApp. [publicado 2017; consultado 29 Nov 2018] Disponible en: <https://www.enriquedans.com/2017/09/el-futuro-de-whatsapp.html>.
2. Mars M, Scott RE. WhatsApp in Clinical Practice: A Literature Review. *Stud Health Technol Inform.* 2016;231:82–90. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27782019>.
3. Giordano V, Koch H, Godoy-Santos A, Dias Belangero W, Esteves Santos Pires R, Labronici P. WhatsApp Messenger as an Adjunctive Tool for Telemedicine: An Overview. *Interact J Med Res.* 2017;6:e11, doi:10.2196/ijmr.6214.

4. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga. [publicado 2018; consultado 29 Nov 2018] Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>.
5. AEPED. Pedia-TIC. Salud, Educación, Crianza y Redes Sociales. [consultado 29 Nov 2018] Disponible en: <https://www.aeped.es/eventos/2017/pediatric-3>.
6. González de Dios J, Buñuel Álvarez JC, González Rodríguez P. Tecnologías de la información y comunicación y Evidencias en Pediatría. *Evid Pediatr.* 2012;8:2.

Alfonso Amado Puentes*, Noa Villar Rodríguez,
Sara Pereiro Fernández
y Laura García Alonso

Amado Clínica Pediátrica, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: consulta@amadoclinicapediatrica.com
(A. Amado Puentes).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.02.010>
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Análisis descriptivo de aplicaciones móviles sobre lactancia materna

Descriptive analysis of mobile phone applications on breastfeeding

Sr. Editor:

Las ventajas de la lactancia materna (LM) son mundialmente reconocidas¹. Sin embargo, a pesar de ello y de las diferentes estrategias llevadas a cabo a nivel internacional para su



promoción y apoyo, no se alcanzan los objetivos de la OMS sobre la duración óptima de la LM².

Por otro lado, nos encontramos inmersos en una auténtica revolución tecnosocial, las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han irrumpido con fuerza cambiando el paradigma de la atención sociosanitaria.

En España, el informe «Indicadores de la Sociedad de la Información por género 2018» del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) indica que el 67,3% de la población española utilizó Internet para obtener información sobre salud en los últimos meses³. Una de las áreas que más está creciendo en el campo

Tabla 1 Análisis descriptivo de *apps* sobre lactancia materna en español. Periodo 2009-2018

	N	%
Sistema operativo		
<i>iOS</i>	106	72,6
<i>Android</i>	39	26,7
<i>Windows</i>	1	0,7
Creador/desarrollador		
<i>No profesional (madres, empresas software, otros)</i>	141	96,6
<i>Profesional</i>	5	3,4
<i>Medicina/Pediatría</i>	2	1,4
<i>Asociación profesional (AEP)</i>	1	0,7
<i>Estudiantes de medicina</i>	1	0,7
<i>Consultoras internacionales de lactancia (IBCLC)</i>	1	0,7
Lugar de origen		
<i>Europa</i>	87	59,6
<i>España</i>	51	34,9
<i>Norteamérica</i>	35	24
<i>Sudamérica</i>	15	10,3
<i>Asia</i>	9	6,2
Población a la que va dirigida		
<i>Madres/padres</i>	73	50
<i>Madres</i>	59	40,4
<i>Madres/padres/profesionales/grupos de apoyo</i>	9	6,2
<i>Profesionales</i>	3	2
<i>Menores +12 años</i>	2	1,4
Objetivos de la aplicación (categorías de análisis)		
<i>Facilita la monitorización de</i>	71	48,6
<i>Lactancia materna</i>	47	32,2
<i>Hábitos del bebé</i>	42	28,8
<i>Desarrollo del bebé</i>	35	24
<i>Otros datos</i>	34	23,3
<i>Utilidades</i>	34	23,3
<i>Lactancia materna y lactancia artificial</i>	26	17,8
<i>Alimentación complementaria</i>	21	14,4
<i>Proporciona información sobre</i>	50	34,2
<i>Lactancia materna</i>	34	23,3
<i>Desarrollo del bebé</i>	29	19,9
<i>Otros datos</i>	20	13,7
<i>Alimentación complementaria</i>	16	10,9
<i>Cuidados de la madre</i>	13	8,9
<i>Lactancia materna y lactancia artificial</i>	9	6,2
<i>Otros</i>	15	10,3
<i>Libros/revistas</i>	5	3,4
<i>Entretención (juegos)</i>	3	2
<i>Eventos</i>	3	2
<i>Mapeo de recursos (lactancia, profesionales, ocio)</i>	2	1,4
<i>Páginas web profesionales</i>	1	0,7
<i>Asociaciones prolactancia materna</i>	1	0,7
<i>Información y monitorización</i>	10	6,8
Feedback	21	14,4
Gratuidad	134	91,8

Fuente: elaboración propia.

de las TIC en salud son las aplicaciones para la telefonía móvil (*apps*). La población española que utiliza activamente *apps* asciende a 22 millones de usuarios y tiende al alza⁴.

El objetivo de esta investigación es identificar las *apps* existentes sobre LM, analizar sus características y reflexionar sobre sus indicaciones como herramientas en salud comunitaria.

Se realizó un estudio mixto mediante búsqueda en los principales *app markets* con la palabra clave «lactancia materna». Se incluyeron *apps* en castellano disponibles hasta el 01/10/2018 y se clasificaron según las variables: sistema operativo, desarrollador, país de origen, idioma/s disponibles/s, población a la que va dirigida, indicaciones, *feedback*, descripción, volumen de descargas y gratuidad (tabla 1).

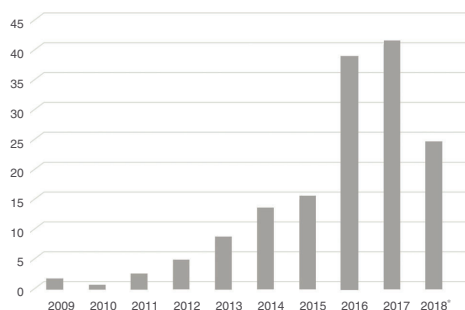


Figura 1 Lanzamiento de *apps* sobre lactancia materna en español. Periodo 2009-2108.

Fuente: elaboración propia.

* Hasta 1/10/2018.

Posteriormente, analizamos el contenido de la variable «indicaciones» de la *app* utilizando metodología cualitativa, a través de la descripción del desarrollador, obteniendo las categorías: información, monitorización y otros temas (tabla 1).

De las 270 *apps* encontradas, en el estudio solo se incluyeron 146 disponibles en castellano. Predomina el sistema operativo Android (72,6%). Según el origen, se dividen en 29 países agrupados en 4 continentes siendo el más frecuente Europa (n=87). El 59% de las *apps* europeas son españolas (n=51). La mayoría van dirigidas a madres/padres (n=73). Más de la mitad de la muestra (67%) está disponible también en otros idiomas además del castellano.

La media de descargas es de 185.035. El crecimiento en términos de lanzamiento (número de *apps* por año) se refleja en la figura 1, donde vemos una tendencia creciente y un salto cualitativo en 2016. Predominan las *apps* gratuitas (91,7%), siendo el precio medio de las de pago de 2,33 euros.

Si analizamos el contenido de las indicaciones de las *apps*, las categorías mayoritarias son: monitorización (48,6%) e información (34,2%). Los aspectos más destacados en la categoría de monitorización son: registro de LM (n=46) y hábitos/rutinas del bebé (n=42). En la categoría de información, destaca la dirigida a la LM (n=34).

Llama la atención el gran número de *apps* para monitorizar los tiempos de lactancia, cuando la OMS recomienda que la LM debe ofrecerse a demanda⁵.

Analizando la calidad de la información ofertada, cabe destacar que solo una de las *apps* identificadas, «Lactapp», está pendiente de aceptación para el distintivo «App Saludable» de la Agencia de Calidad Sanitaria de la Consejería de Salud de Andalucía. Es un distintivo que reconoce las *apps* de salud que cumplen recomendaciones de calidad y seguridad y que pueden ser utilizadas por la ciudadanía de forma fiable. Otro aspecto reseñable es que solo el 3,4% de los desarrolladores son profesionales médicos/pediatras

o consultores/as internacionales en LM (IBCLC) y ofrecen información actualizada y basada en la evidencia científica. Un ejemplo es la *app* «Lactancia materna AEP», que proporciona contenidos de calidad elaborados por el Comité de Expertos en Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

En cuanto al *feedback*, pocas permiten la interacción con la *app* (n=21). Solo una, «WeMoms», permite a las madres participar en grupos conversacionales para hablar y resolver dudas sobre lactancia.

El elevado número de descargas refleja una nueva vía de búsqueda de apoyo e información que podría complementar a las formas tradicionales de apoyo a la LM⁶.

Los profesionales sanitarios deberíamos adaptarnos a las nuevas demandas y podríamos valorar la inclusión de *apps* sobre LM en nuestra práctica diaria, como un instrumento más de intervención comunitaria. No obstante, deberíamos tener cuidado al recomendar *apps*, contando con pautas de evaluación mediante sellos de calidad que permitan un uso fiable y riguroso.

El uso de *apps* sobre LM podría facilitar, además, el acceso a una información continuada sobre LM y la participación en espacios virtuales donde compartir experiencias y consejos entre grupos de iguales para una LM exitosa.

Bibliografía

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475–90.
2. World Health Organization & UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003 [consultado 1 Jun 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf;jsessionid=00A4F553C58B6091605A7804AB88CE43?sequence=1>
3. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información. Indicadores de la Sociedad de la Información por género. Edición 2018. Madrid: ONTSI [consultado 9 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/Indicadores%20de%20la%20Sociedad%20de%20la%20Información%20por%20género%2028marzo%202018%29.pdf>
4. Ditenria. Informe Ditenria: Mobile en España y en el Mundo 2018[Internet] [consultado 3 Oct 2018]. Disponible en: https://mktefa.ditrendia.es/hubfs/DitrendiaInforme%20Mobile%202018.pdf?t=1532079210754&utm_campaign=Informe%20Mobile%202018&utm_source=hs.automation&utm_medium=email&utm_content=64334773&_hsenc=p2ANqtz-cx3J5F8KsY23QL5n.HdEfxpA53INssRdpW2vGb0GDM4dsTbTy0
5. World Health Organization & UNICEF. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Geneva: WHO; 2018 [consultado 1 Nov 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf;sequence=1>
6. Balaguer Martínez JV, Valcarce Perez I, Esquivel Ojeda JN, Hernández Gil A, Martín Jiménez MDP, Bernad Albareda M. Apoyo telefónico de la lactancia materna desde Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89:51–344.

Ana Isabel Díaz Cano^{a,*}, Lourdes Margaix-Fontestad^b
y Ana Esplugues^c

^a *Hospital Universitario San Agustín, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Avilés, España*

^b *Centre de Salut de Puçol, Dep de Sagunt, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de València, Puçol, España*

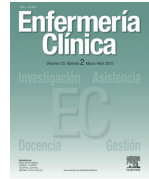
^c *Facultat d' Infermeria i Podologia, Universitat de València. Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud. FISABIO - Universitat Jaume I - Universitat de València. CIBERESP, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anarkanda@hotmail.com
(A.I. Díaz Cano).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.03.009>
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



ORIGINAL

La web 2.0 como un nuevo apoyo a la lactancia materna: percepción de madres y profesionales mediante un enfoque cualitativo



Ana Isabel Díaz-Cano^{a,*} y Ana Esplugues-Cebrián^b

^a Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Avilés, Asturias, España

^b Facultat d'Infermeria i Podologia, Universitat de València, Unidad Mixta de Investigación en Epidemiología, Ambiente y Salud, FISABIO, Universitat Jaume I, Universitat de València, CIBERESP, Valencia, España

Recibido el 27 de julio de 2023; aceptado el 13 de noviembre de 2023

Disponible en Internet el 19 de diciembre de 2023

PALABRAS CLAVE

Aplicaciones móviles;
Atención primaria de salud;
Investigación cualitativa;
Lactancia materna;
Medios de comunicación sociales;
Telemedicina

Resumen

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es explorar la influencia de la web 2.0 como una red de apoyo complementaria a las redes tradicionales para el fomento de la lactancia materna (LM).

Método: Estudio cualitativo explorativo, desarrollado del 8 de septiembre al 31 diciembre de 2022, en el Centro Sanitario «Las Vegas» (Corvera), Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Las participantes fueron 5 profesionales expertas en LM y 7 madres lactantes, que constituyeron 2 grupos focales, seleccionadas por muestreo por conveniencia. El análisis consistió en transcripción de datos, lectura en profundidad, análisis mediante agrupación de conceptos y clasificación de la información en categorías.

Resultados: Tras el análisis final se identificaron 7 categorías, organizadas según la proximidad del tema y el objetivo propuesto, a partir de los discursos más significativos del estudio: dificultades durante la LM, importancia de recibir ayuda, primeras redes de apoyo, otras redes de apoyo, un sistema sanitario con deficiencias, pandemia y LM 2.0, Salud 2.0 y *app* en LM: nueva forma de apoyo y características de una *app* sobre LM «ideal».

Conclusiones: La web 2.0 ha revolucionado la forma en que las madres acceden a la información y al apoyo sobre LM, creando una red de ayuda en línea conectando a madres y profesionales de todo el mundo, proporciona información actualizada y posibilita una fuente de apoyo emocional mediante la creación de grupos de iguales. Esta influencia positiva de la web 2.0 ha tenido un impacto significativo en el fomento de la LM y el empoderamiento materno para tomar decisiones informadas sobre su proceso de amamantamiento.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anarkanda@hotmail.com (A.I. Díaz-Cano).

✉ @anarkanda (A.I. Díaz-Cano)

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.11.001>

1130-8621/© 2023 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Mobile applications;
Primary health care;
Qualitative research;
Breastfeeding;
Social media;
Telemedicine

Web 2.0 as a new support for breastfeeding: Perception of mothers and professionals through a qualitative approach**Abstract**

Objective: The objective of this paper is to explore the influence of web 2.0 as a complementary support network to traditional networks for the promotion of breastfeeding (BF).

Method: Qualitative and exploratory study carried out from September 8 to December 31, 2022, at the Las Vegas Health Centre (Corvera), Health Service of the Principality of Asturias (SESPA). The participants were 5 professional experts in BF and 7 breastfeeding mothers, who made up two focus groups, selected by convenience sampling. The analysis consisted of transcription of data, in-depth reading, analysis by grouping concepts and classification of the information into categories.

Results: After the final analysis, seven categories were identified, organised according to the proximity of the topic and the proposed objective, based on the most significant discourses of the study: Difficulties during BF, Importance of receiving help: First support networks, Other support networks, A health system with deficiencies, Pandemic and BF 2.0, Health 2.0 and apps in BF: new form of support and Characteristics of an "ideal" app on BF.

Conclusions: Web 2.0 has revolutionised the way mothers access information and support on BF, creating an online support network connecting mothers and professionals around the world, providing up-to-date information and enabling a source of emotional support through the creation of peer groups. This positive influence of web 2.0 has had a significant impact on promoting BF and empowering mothers to make informed decisions about their breastfeeding process.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

- El papel de las enfermeras y los grupos de apoyo entre iguales es esencial para el fomento de la lactancia materna. Existe evidencia de que los recursos web 2.0 son herramientas útiles y beneficiosas en la educación para la salud.

¿Qué aporta?

- Este estudio denota deficiencias en el sistema sanitario, debido a la escasa formación en lactancia materna de los profesionales sanitarios. Los recursos web 2.0. pueden ayudar a paliar este problema. Por ello, las enfermeras debemos considerarlos un nuevo complemento para lograr una lactancia materna exitosa.

Introducción

A lo largo de las últimas décadas se han dedicado muchos esfuerzos para implementar políticas y programas de actuación para la protección, la promoción y el desarrollo de la lactancia materna (LM) a nivel internacional^{1–5}, con el objetivo de hacer un llamamiento a los gobiernos de todo el mundo para buscar su apoyo en pro de la LM.

En España, en el año 2011, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) diseñó un documento denominado «Plan de Parto y Nacimiento», que incluyó información sobre el inicio precoz de la LM y el seguimiento posterior de la misma⁶. En Asturias, se implementó mediante un convenio de colaboración suscrito entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, y el Ministerio de Sanidad y Consumo para desarrollar las recomendaciones establecidas en la «Estrategia de Atención al Parto y Nacimiento Normal en el Sistema Nacional de Salud»⁷, al igual que se han desarrollado en el resto de comunidades autónomas y cuya finalidad es, entre otras cosas, el fomento de la LM.

El papel de las enfermeras, especialmente de las matronas, es esencial en la promoción y el apoyo a la LM. Las madres reconocen la influencia de estas profesionales en su decisión de amamantar⁸, aunque muchas veces no encuentran el apoyo postnatal esperado e incluso pueden llegar a sentirse presionadas para el paso a una lactancia artificial⁹.

Las estrategias de promoción han demostrado ser eficaces cuando se adaptan a las necesidades de las mujeres de forma individualizada y les ofrecen apoyo emocional, guía y fomento de su autoconfianza y empoderamiento^{10,11}.

Tras el alta hospitalaria, lo deseable sería garantizar la continuidad de cuidados (CC) a las mujeres y a los recién nacidos en las primeras 72 h¹². La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la CC como: «La gestión y prestación de servicios de salud para que los clientes reciban una serie continua de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades en el tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud»¹³.

La falta de continuidad es uno de los problemas asociados con un abandono temprano de la LM. Según indican Rosin y Zakarija-Grkovic (2016), la tarea de proporcionar una adecuada CC en el apoyo de la LM para facilitar el inicio y el mantenimiento de la LM es un gran desafío, que requiere una readaptación del sistema de salud¹⁴. La nueva estructura implicaría la integración de la enfermera de apoyo a la lactancia como una profesión, la educación de todos los profesionales de la salud en el fomento de la LM, la creación de incentivos para el nacimiento natural y la LM, y la implementación de estándares de calidad en entornos clave de salud¹⁵.

A mediados del siglo XX, surge un movimiento social denominado «Grupos de apoyo a la LM» (GALM), formado por asociaciones que ayudan a mujeres que desean amamantar. Estos grupos se forman a iniciativa de madres que consideran y defienden que el hecho de amamantar posee un componente fisiológico e instintivo, pero también requiere un aprendizaje tal como indica la OMS y que, en ocasiones, las mujeres necesitan el apoyo de otras mujeres con experiencia para poder amamantar con éxito¹⁶. Son organizaciones de voluntariado social, que desarrollan proyectos basados en grupos de ayuda mutua y ofrecen distintos servicios y actividades. Los grupos de apoyo complementan la asistencia que ofrecen los servicios de salud, cubriendo diversos aspectos relacionados con la LM. La ayuda que proporcionan las mujeres a otras mujeres cada vez cobra mayor importancia y contribuye a conseguir mejores cifras de LM y con duraciones más prolongadas¹⁷.

Los GALM se constituyen, hoy en día, como espacios donde las madres satisfacen sus necesidades formativas, emocionales y de apoyo y acompañamiento, mejorando su bienestar personal y familiar.

Además, mediante la capacitación individual y colectiva, los grupos de madres contribuyen al desarrollo personal y comunitario, convirtiéndose en importantes iniciativas de promoción de la salud de base comunitaria. Recuperar la cultura del amamantamiento, reivindicar el reconocimiento social de la LM como bien colectivo (generador de bienestar y sostenibilidad), darle visibilidad social y defender la práctica del amamantamiento (en cualquier lugar y mientras el bebé y la madre lo deseen), se han convertido en asuntos prioritarios para las mujeres que participan en estos grupos¹⁸.

No obstante, los GALM por sí solos son insuficientes y no reemplazan los esfuerzos de los profesionales de la salud, sirviendo como un importante complemento a los mismos. El informe de la OMS «Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una lactancia natural feliz»¹⁹, concluye que: «Una combinación de ambos apoyos podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado». Varios estudios^{20,21}, publicados en el año 2022, señalan que cuando se brinda apoyo a las mujeres en el proceso de amamantar, aumenta la duración y la exclusividad de la LM, especialmente en los lactantes hasta los 3 meses de edad en comparación con momentos posteriores.

La rápida evolución de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) y su capacidad de penetración en todas las actividades humanas está provocando una auténtica revolución tecnosocial. En el ámbito socio-sanitario, dada la estrecha relación existente entre salud, persona y sociedad, Internet y sus dispositivos se están

convirtiendo en una herramienta indispensable para el cuidado enfermero.

Según el informe del Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI) «Uso de tecnología en los hogares españoles 2022», un 69,4% de la población española utiliza la red para consultar información sobre su salud y un 74% de la población total está familiarizada con el manejo de las aplicaciones móviles²².

En lo que se refiere a LM, los hallazgos de un análisis sistemático publicado en el año 2015 ponen de relieve el potencial de los desarrolladores de sitios web y aplicaciones para satisfacer las necesidades de los usuarios sobre este tema²³. Coughlin (2016) determinó que el uso de aplicaciones podría proporcionar una forma útil y de bajo coste para difundir información sobre los beneficios para la salud de la LM²⁴.

Por todo ello, los profesionales de la enfermería debemos considerar la web social o web 2.0 como un nuevo escenario para la intervención comunitaria. Un buen ejemplo podría ser el desarrollo de una aplicación móvil que proporcionara a los usuarios, en este caso las mujeres que amamantan a sus bebés, una fuente segura y confiable de información sobre la alimentación infantil, utilizando herramientas de evaluación de calidad y contenido basado en la evidencia científica²⁵.

El presente trabajo forma parte de un estudio de metodología combinada (cuantitativa y cualitativa), que persigue conocer si la web 2.0 serviría para mejorar las tasas de inicio y mantenimiento de la LM proporcionando un espacio para la educación, el intercambio de experiencias y el acceso a recursos de apoyo.

Por ello el objetivo de este trabajo fue explorar la influencia de la web 2.0 como una red de apoyo complementaria a las redes tradicionales para el fomento de la LM.

Método

Diseño

Para cumplir con el objetivo planteado, se ha realizado una investigación cualitativa exploratoria, a través de la realización de 2 grupos focales con informantes clave.

El grupo focal (GF) es una herramienta de investigación que se caracteriza por ser un grupo de discusión que posibilita el diálogo sobre un asunto en especial, vivido y compartido mediante experiencias comunes a partir de estímulos específicos para el debate que perciben los participantes a partir de la acción de un investigador (moderador, facilitador)²⁶.

Como ventaja de esta técnica resalta la posibilidad de intensificar el acceso a informaciones acerca de un fenómeno, ya que diferentes miradas van siendo presentadas por los participantes, desencadenando la elaboración de percepciones que se mantenían latentes²⁷.

Entre los motivos que justifican el uso del grupo focal destaca la interacción de los participantes que proporciona el incentivo a respuestas significativas o ideas nuevas, al mismo tiempo que instiga opiniones contrarias. Igualmente, la proximidad de los mismos con el tema facilita las respuestas, siendo discutidas por todos²⁸. El uso de esta técnica beneficia a los investigadores, pues permite el ejercicio de una

postura crítica y dialéctica, al promover el inicio de una discusión abierta sobre temas específicos y a veces propiciar la construcción y deconstrucción de conceptos²⁹.

Marco del estudio

El estudio se desarrolló en el Centro de Atención Primaria «Las Vegas» (Corvera), perteneciente al Área Sanitaria III del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), cuyo hospital de referencia es el Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Asturias, entre el 8 de septiembre y el 31 de diciembre de 2022.

Participantes

Se constituyeron 2 grupos. Por un lado, enfermeras expertas en LM: enfermeras de pediatría y neonatología, y enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas), del ámbito sanitario público y/o privado, con o sin presencia activa en las redes sociales e Internet. Por otro lado, madres lactantes recientes y veteranas.

Para la selección de las participantes de las sesiones grupales se recurrió a un muestreo por conveniencia³⁰, seleccionando grupos específicos de usuarias con determinadas características relevantes para el estudio, que se detallan a continuación:

- Grupo focal de madres (GF1): Mujeres que hayan amamantado a sus hijos (desde un mes hasta 2 años o más), con uno o varios hijos, que hayan utilizado algún tipo de apoyo durante el proceso de lactancia (profesional, no profesional, Internet, asociaciones de apoyo a la lactancia), que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Grupo focal de profesionales expertas en LM (GF2): Profesionales de enfermería expertas que proporcionen apoyo directo a las mujeres en relación con la LM, mediante consulta, asesoramiento y/o educación sanitaria, del ámbito público y/o privado, de forma presencial u *online*, que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Equipo investigador

Tres personas formaron el equipo de investigación. La investigadora principal (AIDC), es enfermera en el área sanitaria donde se desarrolla el estudio, con amplia formación en metodología cualitativa. AIDC fue la única persona del equipo investigador que conocía a alguna de las participantes, al ser estas usuarias del centro de salud donde trabajaba como enfermera.

Para el papel de moderadora se eligió a MCB, socióloga, experta en técnicas cualitativas de investigación social y en el desarrollo de grupos focales. En nuestro estudio preferimos que el moderador no tuviera relación directa con el medio en el que se desarrolla la técnica, ya que se podría introducir el sesgo de información en las apreciaciones de las participantes. Tampoco se ha incluido como autora en el presente trabajo de investigación.

Y, por último, otra profesional (AEC) formó parte del equipo investigador, enfermera y docente, con una amplia experiencia en el campo de la investigación. Su contribución principal fue el análisis, contraste de los datos e interpretación de los resultados.

Contacto y recogida de datos

Se realizó un primer contacto telefónico de presentación por la investigadora principal (AIDC), explicando en primer lugar su condición como enfermera del área sanitaria y el objetivo del proyecto como parte de su tesis doctoral. Se explicaron las características del grupo focal en el que iban a participar, garantizando la confidencialidad de los datos. Se elaboraron, para ello, dos documentos: una hoja informativa sobre las características del estudio y un consentimiento informado acorde a la normativa legal vigente en materia de protección de datos, que fueron remitidos mediante la aplicación móvil WhatsApp® (Meta Platforms, Inc) a las participantes.

Además, se les informó de que las sesiones se llevarían a cabo a través de la aplicación informática Teams® (Microsoft), hecho que fue bien aceptado, debido a las dificultades laborales, horarias y de conciliación de las participantes para reunirse de forma presencial. De este modo, se les facilitaba lo más posible la asistencia.

Los grupos de discusión se grabaron en vídeo previa solicitud de permiso a las participantes, para poder estudiar también la comunicación no verbal. Se transcribieron textualmente las conversaciones para, posteriormente, realizar el análisis del contenido del discurso resultante. Para preservar la intimidad de las participantes se utilizó un código alfanumérico para identificarlas.

En base a los objetivos, se elaboraron dos guiones acordes a las características de cada uno de los grupos (tabla 1: Guiones de los grupos focales de madres y profesionales). Estos guiones sirvieron de guía a la moderadora, para garantizar la recogida de toda la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos.

El papel de la moderadora (MCB) fue generar una dinámica en los grupos, planteando preguntas y favoreciendo un ambiente en el que las componentes del grupo inter actuaran, reaccionaran, preguntaran, discutieran y dieran respuestas, etc. La investigadora principal (AIDC) actuó como asistente y observadora, sin participación en el debate, con la tarea específica de tomar notas de las principales intervenciones, así como de los momentos en los que se produzcan enfrentamientos, desacuerdos, estrategias para interferir en la discusión y cambios de tema, entre otros movimientos del grupo, así como de los elementos no verbales (p. ej., expresiones faciales).

Convocatoria a los grupos

Los grupos se llevaron a cabo los días 12 de diciembre de 2022, en el caso del grupo de las madres, y el 26 de diciembre de 2022 con el de enfermeras; el primero en horario de tarde y el segundo en horario de mañana, para facilitar la participación de todas las personas posibles.

De las 16 personas seleccionadas inicialmente, finalmente confirmaron asistencia 7 madres y 5 profesionales, consiguiendo una participación del 75%. Las 4 personas que

Tabla 1 Guiones de los grupos focales de madres y profesionales*Grupo focal 1: Madres*

- Presentación. Conocimientos previos sobre lactancia materna (LM): asistencia a talleres sobre lactancia o cursos de preparación al parto y/o LM, libros, revistas, Internet
- Experiencia personal en la LM (inicio, continuidad, fin):
 - Dificultades encontradas
 - Apoyos recibidos
 - Influencia del entorno socio familiar
 - Abandono de la LM: causas, edad lactante
- El papel de las profesionales de la salud (enfermeras, matronas, pediatras)
- «Continuidad de cuidados» en el proceso de amamantar
- Conocimiento y participación en «grupos de apoyo a la LM» (asociaciones pro lactancia materna)
- Efectos de la pandemia en la LM
- Las TIC y la salud. Usos (consulta, información, seguimiento del estado de salud)
- La web 2.0 y la LM. ¿Qué papel juega/podría jugar?
- Las *app* sobre LM: Análisis de uso y conocimiento de páginas web y *app* sobre LM: *e-lactancia.org*, *Lactancia Materna AEP*, *Lactapp*, *Luciamipediatra.com*, *Amamantarasturias.org*, *Malasmadres.com*, otras
- Sugerencias de una «*app* ideal» (contenido y soporte más adecuado)

Grupo focal 2: Profesionales

- Presentación. Experiencia profesional y/o personal en la LM
- El papel de los/as profesionales de la salud (enfermeras, matronas, pediatras) en el fomento y apoyo/inicio y continuidad de la LM
- Formación/educación de los profesionales de la salud en el fomento de la LM
- Realidad de la «continuidad de cuidados» o «atención integrada». ¿Existe un seguimiento desde el embarazo y parto al puerperio? Consideraciones/opiniones
- «Enfermera experta de apoyo a la LM» como profesión. ¿Utopía en el sistema sanitario público?
- Conocimiento, papel e importancia/utilidad de los «Grupos de apoyo a la LM» (asociaciones pro lactancia, grupos de iguales, consultoras de LM, consultas profesionales privadas)
- Las TIC, la web 2.0 y la LM. Utilidad cómo nuevas formas de apoyo/educación sanitaria/empoderamiento. Necesidad de adaptarse a nuevas redes de apoyo digital
- Influencia de la pandemia en la LM
- Sugerencias de una «*app* ideal» (contenido y soporte más adecuado)
- Creación de contenido y soporte digital adecuados para un apoyo a la LM óptimo

AEP: Asociación Española de Pediatría; *app*: aplicación móvil; LM: lactancia materna; TIC: tecnologías de información y comunicaciones.

rehusaron participar alegaron en todos los casos la imposibilidad de compaginar su actividad habitual con la asistencia al grupo focal. El tamaño muestral estuvo determinado por el criterio de saturación de datos, ya que hacia el final de la reunión las opiniones de las participantes eran repetitivas y redundantes, por lo que se consideró que organizar otra sesión no aportaría información nueva³⁰.

Al utilizar la herramienta Teams®, se creó un enlace de conexión a la reunión para cada una de las participantes que se les hizo llegar a través de WhatsApp®. La elección de ambas aplicaciones fue posible porque todas las personas participantes estaban familiarizadas con el uso de ambas herramientas.

Análisis

Una vez finalizadas las sesiones, de aproximadamente una hora y media de duración cada una, se llevó a cabo la transcripción detallada de las conversaciones para su posterior análisis y su lectura en profundidad. El texto resultante fue sometido a un análisis de datos cualitativos de

forma manual, siguiendo los pasos descritos por Amezcua y Montoro³¹ y Amezcua y Gálvez Toro³². Posteriormente se realizó la agrupación de conceptos y el análisis según el marco conceptual y se categorizó la información resultante de cada grupo, extrayendo la información relativa a cada uno de los guiones correspondientes, así como a los objetivos de la investigación pertinentes.

Con el fin de garantizar la validez del análisis y la triangulación de los datos, la autora principal (AIDC) analizó, en primer lugar, el contenido de todas las transcripciones, incorporándolas a codificaciones, categorías y temas. En segundo lugar, las autoras (AIDC y AEC) supervisaron la transcripción, códigos, categorías y fusiones, debatiéndolos y aprobándolos en conjunto. Por último, las autoras (AIDC y AEC) analizaron todos los datos que habían incorporado a las categorías y temas. Posteriormente las autoras (AIDC y AEC) realizaron una reunión y acordaron los hallazgos más significativos del estudio mediante un enfoque analítico. Para dar validez y confiabilidad a la información recolectada se realizó la verificación de los datos, los resultados (del texto final resultante de la transcripción de las grabaciones y el resumen de las notas de campo) fueron reenviados a 2 de las

Tabla 2 GF1. Grupo focal de madres

GF1 Código	N.º de hijos (edad)	Tipo de lactancia	Duración de la lactancia	Tipo de apoyo recibido				
				Hospital/ Centro de salud	Familia/ amigos	Grupos de apoyo a la lactancia	Otros /profesionales privados	Web 2.0
M1	1 (18 meses)	LM	18 meses					X
M2	1 (5 años)	Mixta	Un mes		X			X
M3	1 (7 años)	LM	24 meses	X	X	X	X	X
M4	2 (4 años)	LM	15 meses	X	X			X
M5	5 (5 a 20 años)	LM	24 meses	X	X			X
M6	2 (9 a 14 años)	LM	3 a 24 meses		X	X		
M7	1 (2,5 meses)	LM	5 a 7 meses		X			X
LM: lactancia materna.								

participantes (P4, M5) con la finalidad de conocer si se sentían identificadas con los resultados obtenidos (*feedback*).

Resultados

Los perfiles de las personas participantes se han recogido en las siguientes tablas para facilitar su comprensión (tablas 2 y 3).

De la agrupación de conceptos y análisis final surgieron 7 categorías, organizadas según la proximidad del tema y los objetivos propuestos, a partir de los discursos más significativos del estudio:

Categoría 1: Dificultades encontradas durante la lactancia materna

Prácticamente todas las mujeres participantes coinciden en haber tenido una experiencia difícil en el proceso de amamantar. Todas ellas están de acuerdo en que un hecho que dificulta el proceso de amamantar es la falta de información recibida:

- Mi experiencia la valoro como negativa, pues porque igual por desconocimiento o por no hacer las cosas bien, a lo mejor pues la cría pues hubiese estado más tiempo con LM. (M2)

Una de las profesionales participantes nos habla de su experiencia como madre primeriza y sus dificultades hasta que recibió la ayuda de una asociación pro lactancia:

- Yo quiero decir que fueron unos inicios... los peores de mi vida. Así de claro lo recuerdo, horribles. Pero al final

terminé con ayuda, y luego me puse en contacto con la asociación «Amamantar», que me salvaron la lactancia. (P2)

Por otro lado, se observa un gran variabilidad, en función del tiempo que ha pasado desde que dieron a luz, afirmando que ha habido una gran evolución positiva. Esto se observa en los profesionales de la salud, actualmente más formados y conscientes de la importancia de la LM; en el papel y actitud de sus parejas ante el proceso; y en los cambios asociados a la sociedad de la información y la comunicación con la incorporación de la web 2.0:

- Mi lactancia fue muy difícil, muy complicada, con mastitis, grietas y todo lo que uno se pueda imaginar (...) no había Internet ni redes sociales. (...) Los últimos embarazos fueron diferentes, ya el personal sanitario me ayudó muchísimo, y encuentras mucha ayuda también en las redes (...) Desde la primera a la última, evolucionó mucho la visión de la lactancia de la sociedad y los hombres (...) sobre todo en la participación y la corresponsabilidad. (M5).
- Nos llegan madres a la asociación con unos consejos que tú dices «madre, ¿de dónde sacas esto?». Es que esto hace años que ya no se aconseja. (P3)

Asimismo, parece que nos encontramos en un periodo de transición en los centros sanitarios, en el que se constatan posiciones contradictorias respecto a la LM entre las diferentes generaciones del personal sanitario, lo que dificulta todavía más el amamantamiento, puesto que se trata de un periodo en el que las mujeres se sienten muy vulnerables y con muchas dudas en cuanto a su lactancia. Incluso, las propias profesionales de la salud participantes en el grupo

Tabla 3 GF2. Grupo focal de profesionales de la salud

GF2 Código	Titulación	Experiencia años	Centro de salud público	Ámbito hospital público	Laboral sector privado	Web 2.0	Tiene hijos	Dió LM
P1	Enfermera	> 25	X				X	
P2	Enfermera	10-25		X		X	X	X
P3	Matrona	> 25			X	X	X	X
P4	Matrona	> 10		X	X	X	X	X
P5	Matrona	10-25		X	X	X	X	X

LM: lactancia materna.

no son ajenas a esta realidad ya que, aun teniendo más nociones sobre el tema, también encontraron dificultades. No obstante, fue su propio interés en lograr una LM exitosa, su afán por mejorar sus conocimientos y un entorno sanitario positivo lo que les ayudó y sirvió de facilitador en sus experiencias personales:

- Las madres siguen recibiendo esos mensajes contradictorios, que en esa época de post parto en la que estás tan vulnerable, y que claro te afecta todo a otro nivel, pues luego claro, te hacen dudar. (P4)
- A pesar de todo lo que yo creía que sabía, cuando estás en ello, es verdad que es una locura. Y entonces no me puedo imaginar en el caso de una madre que no tenga conocimientos (...) lo perdidas que pueden estar las mujeres que tienen o muy poca o casi ninguna información. (...) Porque yo, que soy matrona, que supuestamente tengo muchos conocimientos (...) y menos mal que tenía profesionales al lado a los que podía recurrir, porque si no después de 3 semanas esa lactancia ya habría finalizado. Os lo puedo vamos, garantizar. (P5)

Categoría 2: La importancia de recibir ayuda: Primeras redes de apoyo

Es unánime la opinión respecto a la importancia que tiene el recibir apoyo, que proviene principalmente de su entorno más cercano: amistades, familia, pareja:

- No tuve ningún apoyo en el centro de salud, ni en el hospital, ningún tipo de seguimiento de nada. Entonces, más bien lo poco que llegué a aprender es por amistades y bueno, por mis conocimientos previos. Incluso de la suegra o de gente que tiene más hijos y más experiencia. (M2)
- En mi hospital hemos observado que uno de los factores que es más determinante en la LM fue el apoyo. Sin apoyo, sobre todos esos primeros días de vida del bebé, se ve que la duración de la lactancia es mínima. (P4)

Tener amigas que han pasado o están pasando por el mismo proceso, es un pilar fundamental. Aunque no siempre se tienen a estas personas al lado siempre suele haber alguien del entorno cercano al que poder acudir. La complicidad y la confianza que se tiene con estas primeras redes de apoyo es fuente de tranquilidad y seguridad. La mujer se

encuentra en un mar de dudas y miedos que solucionar y/o en ocasiones lo único que necesita es comprensión, apoyo moral y cariño.

El grupo de profesionales también considera fundamental el apoyo del entorno socio familiar, ya que es probable que en su entorno conozcan a alguien con conocimientos sobre LM. Ante la falta de información, gracias al apoyo de estas amigas han podido experimentar un proceso de amamantamiento con menos dificultades:

- En esos primeros momentos es muy importante el entorno, tu red, ¿no? (...) las amistades que ya tuvieron lactancias, o que conocen la lactancia. (...) Muchas veces la gente, lo único que necesita es como un apoyo moral. (...) Es el apoyo ese, de una amiga que te vaya a ver, una conocida, alguien que te pase un teléfono de... «habla con este», aunque sea por WhatsApp® ¿no? Que te va a tranquilizar. (M4)
- Lo único que se necesita a veces es apoyo, paciencia y cariño. No... no es que yo les haga milagros. Es simplemente... afianzar lo que ellas saben de manera natural. (P5)

Como se ha mencionado anteriormente, es muy importante para muchas mujeres el papel que tiene la pareja en todo el proceso, ya que puede aportar a las madres apoyo anímico, fraternal y ayuda en otras tareas como por ejemplo el cuidado de otros hijos o del hogar:

- Es muy importante también, sobre todo, eh... la pareja (...) Es una figura muy importante ¿no? Tanto al apoyo a la madre, como para bueno... un apoyo un poco de sostén también, de ayudarte. Pues ella se va a encargar de la teta. Tú tienes que encargar de otras cosas. Y en muchos momentos, pues es un apoyo moral importante el que tu pareja, pues sepa también parar los pies a cierta gente... y apoyarte en esos momentos que tú te ves débil. (M4)
- Lo que si nos resultó muy beneficioso es que nos tuvimos los dos, nos tuvimos el uno al otro. Y como los 2 lo teníamos claro pues fuimos a por todas... y lo logramos. (M6)

Cuando hablamos de la familia volvemos a toparnos con las diferencias generacionales. Las madres y las suegras de las participantes vivieron una época en la que se ofrecía a las madres la idea de que la mejor opción era alimentar a los recién nacidos con leche de fórmula, fue la denominada «Cultura del biberón». A comienzo de los años 70 apareció

la estrategia de las grandes multinacionales para difundir la venta masiva de la leche en polvo que no repararon en gastos publicitarios para conseguir su objetivo y acudieron a los hospitales y clínicas donde las madres daban a luz a hacer donaciones masivas de leche en polvo, tetinas y todos los medios necesarios para preparar los biberones. Los niños, según aquellas engañosas propagandas, se desarrollaban y crecían mejor con leche artificial que con la leche de la madre, quien podía continuar con sus actividades sin limitaciones al no tener que estar sujeta al pecho.

La propaganda llegó a límites abusivos. Las madres regresaban a sus casas repletas de muestras y, lo que es peor, con la convicción de que su niño se criaría mejor gracias a la leche industrial. Por todo ello, las madres de esa época, hoy abuelas, son reticentes ante los beneficios de la LM. Lo peor de todo, según comentan las participantes, son los comentarios negativos que realizan, poniendo en duda su decisión de amamantar y culpabilizándolas de no estar alimentando bien a sus hijos:

- Mi madre, mi suegra, sí que eran más de la época del biberón, ¿no? Entonces sí que había ciertos comentarios, sobre todo. Pues eso, en el ámbito familiar de... «es que la estás dejando pasar hambre, es que por darle “bibe” no pasa nada» (...). Es muy importante comprarte un chubasquero para que «te la resbale todo». Sí, ponerte unos buenos tapones y un chubasquero, porque vas a tener opiniones de todo tipo. (M4)
- Si la lactancia es estupenda desde el principio nadie te va a decir nada. Pero como una lactancia te vaya muy mal desde el principio, y la niña llora mucho... Bueno, «mujer, es que por qué no le das leche de fórmula... ya está bien, dale un biberón. Venga hombre. Es que, ¿te merece la pena, merece la pena estar así?». Es que era así eh, literal. Tienes que estar mentalmente muy preparada. (P2)

La mayoría de las participantes también encuentran este tipo de comentarios negativos entre el personal sanitario; tanto en el hospital en el que dan a luz, como en el centro de atención primaria (AP) en el que después son atendidas. Nos encontramos por tanto ante otro factor que pone en peligro la LM y su continuidad:

- Al nacer, en el hospital había profesionales que sí que apoyaban y te podrían dar alguna... algún tipo de ayuda, de conocimiento o al menos de apoyo emocional. Pero sí que había muchos otros que te decían, «Ah, déjate de tonterías, dale el biberón y ya dejará de llorar, el bebé», ¿no? (M3)
- Es todo muy subjetivo. (...) Si todo lo que hagas se va a juzgar. (...) Y al final pues haces lo que te da la gana y sanseacabó. Y ni la pediatra, ni nadie nos contactó. Y de la privada no nos llamaron tampoco. Así que te apañas con círculos familiares y de amigos que tengas, o con sus contactos, o con las redes sociales, las *app*, o con lo que puedas. (M7)

Categoría 3: Otras redes de apoyo

Con base a lo registrado en este trabajo se considera que, generalmente, los grupos de apoyo que se crean desde los

centros de salud no le dan mucha importancia al tema de la alimentación de los bebés y, por tanto, a la LM. Ante esta falta de apoyo y de información por parte del personal sanitario, las mujeres lactantes acuden a otros recursos como grupos de apoyo organizados desde asociaciones de voluntariado pro lactancia o con asesoras expertas en LM con consulta privada, ya sea de manera presencial y/o a través de Internet. Un ejemplo es que varias de las participantes acudieron a la «Asociación Amamantar» de Asturias, que cuenta sus propios grupos de apoyo y ofrece también consultorías personales, con un servicio personalizado y con seguimiento de cada caso. Los comentarios respecto a esta asociación son positivos, y muchas han podido sacar adelante sus lactancias gracias al apoyo recibido por parte de esta en todo el proceso:

- Yo di de mamar a mis 2 hijas gracias a la «Asociación Amamantar» de aquí de Asturias. (...) No hubiese podido dar de mamar a mis hijas porque realmente el personal sanitario no me ayudó... o poco o nada. (...) Lo que hice fue llamarlas. (...) Lo que hasta entonces era una tortura, pues a partir de ahí fue como una seda. Pero bueno, hasta que yo llegué a contactar con ellas, según la pediatra todo era normal. En el hospital, que ya me dolía cuando nació, también era normal. Y lo único que hicieron fue pues enchufarte un biberón a la niña. (M6)

Todas las participantes coinciden en que sería deseable que se empezara a acudir a grupos de apoyo desde el centro de AP desde el inicio del embarazo, acompañadas de la familia y la pareja, para recibir los primeros consejos, solucionar dudas para el parto y puerperio. Además, es una forma de conocer a otras mujeres que están pasando por el mismo proceso, lo cual supone un gran apoyo, y pueden aprender de sus experiencias, algo que confirma la participante P2, con su experiencia como madre y profesional miembro de una asociación pro lactancia:

- Se trata de soltar tus problemas en una reunión, y ver más o menos lo que han hecho otras madres. (...) Y me venía muy bien, aunque solo sea por el hecho de decir, no estoy sola en este calvario que me ha tocado. (P2)

En el grupo de profesionales, ante esta necesidad, varias matronas iniciaron consultorías privadas, donde ofrecen seguimiento y apoyo continuo a la LM. Empezaron de forma informal dando apoyo a sus amigas y, viendo el vacío del sistema sanitario, decidieron dedicarse a ello formalmente. Se considera una suerte que cada vez haya más gente voluntaria y especializada en LM. No obstante, hay mucha demanda y se trata de un servicio que debería ofrecerse desde AP, asegurando así un acceso universal:

- Sí que detecté que hacía falta... También estar de manera privada... pues por tiempo, por recursos, por personal... ese apoyo la lactancia que quizás sí que se debería mandar desde la pública, pero que por desgracia no se da, por una casuística variada. (P5)
- En «Amamantar» tenemos los grupos de apoyo, y luego la consulta personal. Las consultas personales se nos van de las manos, vemos demasiadas madres. (...) Todo eso

debería estar en el sistema sanitario (...) en el público. (P2)

Categoría 4: Un sistema sanitario con deficiencias

Nos encontramos ante un sistema público sanitario con deficiencias en varios sentidos, en lo que a LM se refiere. Por un lado, la gran mayoría de las participantes no encontró ningún apoyo por parte del personal sanitario. Claro que esto depende del hospital y del centro de AP, ya que cada uno puede tener sus particularidades y estar más o menos especializado o sensibilizado en la LM. En todo caso, la continua rotación de profesionales de enfermería por los distintos servicios y la variabilidad de motivaciones del personal es generalizada y da lugar a contradicciones en la información, diagnósticos erróneos... y a culpabilizar a las propias madres de los problemas existentes, poniendo en peligro tanto el inicio como la continuidad de la LM:

- La gente se fía del profesional sanitario que tiene a su lado, porque piensa que la mayoría está bien formada. Y todos sabemos en los hospitales cómo va la historia. (P2)
- Como el bebé lloraba tanto primero, vinieron las enfermeras de planta y primero probaron con un chupete y después con el biberón, pero todo esto sin consultarnos a nosotros. (...) Tú estás allí 48 h ingresada, y pasas por muchos turnos. Entonces no fue... no fue algo puntual de un turno ni de dos. Fue algo general... (M6)

Nos encontramos que muchos centros apoyan la leche de fórmula, lo que se puede comprobar al ver que se ofrecen biberones de muestra de leche artificial en los primeros días tras el parto en el hospital y en las consultas de los centros de AP. Incluso regalan al alta a las familias «cajas con muestras de leches, tetinas, chupetes, pezoneras...» y cuando llegan a la matrona de AP lo mismo. Esto supone una confusión para las madres que no están seguras con su LM, ya que el mensaje que reciben es partidario a no continuar con ella. Como ya se ha comentado, entre el mismo personal se observan diferentes actitudes y comentarios que incrementan la inseguridad de las madres:

- Para mí, la mayoría de LM que salen del hospital son mixtas. Porque al final vas por las habitaciones y siempre hay un biberón en la mesita si te fijas. (P4)
- A mí es que me sigue viniendo la imagen de las consultas de pediatría con los botes de leche de fórmula. (...) Es el claro ejemplo de la incoherencia de los mensajes que damos como profesionales. (P5)

No hay duda de que el tiempo que transcurre desde que las madres salen del hospital hasta que acuden a su primera cita en el centro de AP, es donde se encuentra el mayor vacío. Se supone que han de tenerla la primera cita en la primera semana de vida del recién nacido, pero debido a la falta de personal suele pasar más tiempo. Por este motivo, si en ese periodo las madres lactantes sufren alguna complicación, no les queda otra opción que acudir a otro tipo de asesoría (privada, asociativa, de amigas o conocidas). En el caso de acudir a urgencias, la solución más inmediata suele ser poner fin a la LM:

- Al principio, en el posparto inmediato sí que nos ayudaron en el hospital. (...) Y luego en casa... no. Desde el centro de salud, la verdad que nada. Porque me ayudó una amiga que controla del tema, sino un desastre. (M7)
- Porque yo creo que, por desgracia, bien porque no hay tiempo, no hay matronas suficientes, lo que sea, las mujeres salen del hospital sin nadie que las haya ayudado en esos primeros días. (...) Una mujer que sale de un hospital público, y tiene problemas con la lactancia si pide cita en su centro de salud pueden darle cita para dentro de tres semanas. O sea, imposible. Se tiene que buscar siempre la vía privada, si es que puede permitírsele claro. (P3)

Asimismo, las participantes se quejan de la poca coordinación que hay entre hospital y centro de AP. Consideran necesario conocer al personal sanitario que les atenderá en AP, para facilitar esa conexión y saber cómo proceder tras la salida del hospital. A este respecto, afirman que hay un abandono por parte de los propios profesionales y una laguna en la atención a las madres lactantes por parte del sistema sanitario:

- Creo que debería de ser obligado que el pediatra y el enfermero de pediatría ya se presentaran antes a las madres embarazadas y luego contactarían en los primeros días posparto. Y ya se ofrecieran y te explicarían cuál es el proceso una vez que nace el niño. (M5)
- Y yo veo madres de urgencia, al tercer, cuarto día, de la asociación que dices, jolines, esto se podría haber atajado un poquito en... por lo menos, con unos consejos básicos. (P2)

Este vacío en el sistema podría ser cubierto por la figura de una enfermera experta en LM, como existe en otros países y comunidades autónomas, que sirviera de gestora para hacer un seguimiento desde el embarazo hasta el puerperio. Algunas participantes ponen ejemplos como las International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC, por sus siglas en inglés) o Consultoras de Lactancia Materna Certificadas, profesionales de la salud especializadas en el manejo clínico de la LM, certificadas por el International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE) que es el organismo internacional independiente encargado de certificar a todas las profesionales IBCLC del mundo. También las «doulas», mujeres no profesionales, generalmente madres que prestan apoyo holístico: físico, psicológico e informativo, a madre y familia en domicilio y, como no, las matronas y pediatras, profesionales que antaño realizaban el seguimiento de las lactantes acudiendo a sus casas en los primeros días del puerperio. Así se solucionaban muchas dudas y problemas y se generaba una confianza mutua:

- Antes, antiguamente sí que, en otra generación, iba a la matrona casa. Parías en casa, y luego iba a verte los días siguientes y te iba ayudando a solucionar problemas y dando apoyo y cariño. Y eso no existe hoy en día tampoco, nada más que de manera privada. (M5)
- La visita de la matrona en casa que se perdió, yo pienso que es muy importante, porque estás en tu entorno, el bebé está tranquilo, no es como estar en una sala de espera o en una consulta, que sabes que hay prisas y gente

esperando, que estás en un entorno extraño. . . Sí, creo que se debe recuperar. (M4)

El seguimiento después del alta es fundamental para el éxito y la continuidad de la LM. Coincide que una de las profesionales participantes puso en práctica un proyecto por su propia voluntad que iba en esta línea, citando a las madres para consultas exclusivas de lactancia, y pudo demostrar que de este modo aumentaba el periodo de lactancia. Lamentablemente, es necesario de nuevo el compromiso de todo el equipo:

- Es un trabajo extra para ello. (...) Y con una persona no haces nada, necesitas de varias para llevarlo a cabo. Cuando te vas de vacaciones, ¿quién va? ¿Cualquiera? Es eso, que tienes que crear un buen equipo. (P2)
- ¿Qué hacía yo? citarlas siempre a última hora de la consulta, porque una consulta de lactancia con problemas, en menos de una hora no la haces. (...) Tiene que estar implicado todo el sistema. (P1)

El grupo de profesionales coincide en que no solo se trata de un problema, sino que existe falta de interés y de voluntad del sistema sanitario, por lo que hay escasez de recursos de personal y de tiempo. De hecho, sus consultas sobre LM las realizan fuera de su horario laboral (de forma voluntaria o privada). Consideran que si los responsables le dieran la importancia que realmente tiene la LM los resultados serían mucho mejores:

- El problema es que el propio sistema es el que pone barreras. (P4)
- El problema también que hay al final es, no ya es solo económico, porque no creo que estas medidas supongan realmente para el sistema sanitario mucho dinero. Pienso que es un poco también falta de voluntad. (P2)

Una manera para resolver estos problemas sería la formación multidisciplinar en LM, ya sean matronas, pediatras, enfermeras e incluso fisioterapeutas, confiando en que las respuestas sean coherentes y correctas. La falta de formación y la información errónea y contradictoria son el mayor peligro para la LM:

- Muchos profesionales de la salud no tienen formación en LM. (...) lógicamente acaban dando consejos erróneos de cómo amamantar. (...) Porque te lo van a preguntar en la consulta, porque lo vas a necesitar explicar en la consulta. (...) Me parece que falta muchísima formación en profesionales. Muchísima. Que las madres están muy perdidas, pero porque no saben a quién preguntar. (P3)
- Pienso que el saber, que te da poder ¿no? (...) Yo pienso que te tienes que preparar. (...) La teta es algo natural que todos sabemos, pero está muy idealizado. (...) Te da el poder para saber lo que es normal y lo que no... (M4)

Sin embargo, el sistema sanitario no facilita esta formación, por lo que nos encontramos ante otro problema. Parece que queda en manos de los propios profesionales el querer autoformarse, actualizarse... algo que en otros países es

obligatorio. Aquí, sin embargo, acaba siendo una cuestión de voluntad e interés personal:

- Que a veces es más importante el querer buscar información, que a lo mejor el tenerla ¿no? (...) Y al final ves que es más bien una actitud. Que la formación es necesaria, por supuesto. Pero que por muchos cursos que le obligue a alguien a hacer en Internet no sirven para nada si no hay interés en utilizarlos adecuadamente. (M3)
- Los pediatras, deberían estar mucho más formados, y solo se forma el que quiere, no le dan la importancia que deben. (P2)

Categoría 5: Pandemia y lactancia materna 2.0

Un efecto positivo que comentan las participantes durante la pandemia por COVID-19 es la tranquilidad con la que las parejas podían vivir las primeras horas en el hospital con sus recién nacidos aisladas del resto de personas. La pandemia permitió tener ese espacio que antes se echaba de menos. Esa intimidad que necesitan las madres, junto con sus parejas, para vivir su experiencia con calma, cariño, y aprendiendo de su propia experiencia; sin opiniones de terceros. No obstante, la falta de formación en LM entre el personal de enfermería se pudo constatar durante la pandemia, ya que muchos recién graduados en enfermería eran trasladados a la planta de maternidad, obligando a personal sin experiencia a atender a las madres y los recién nacidos:

- Ni la abuela de un lado ni del otro, ni la tía de Cuenca, ni el primo de no sé dónde. Nada. Nada de visitas, y eso sí que favoreció la tranquilidad, en la intimidad y... son cuestiones que ayudan a que la gente lacte mejor, y que los niños también estén más tranquilos a la hora de ir aprendiendo... a mamar. (M3)
- Durante la pandemia, en mi planta, empezaron a subir sustitutos nuevos... (...) Y ahí me di cuenta de que el desconocimiento que tenemos es tal, que lo único que podía ayudar era con mi experiencia. (P2)

Una vez recibida el alta en el hospital, las madres se topaban con «la cruda realidad» en sus casas: solas, sin poder recibir visitas y sin citas sanitarias presenciales de los profesionales de AP. Es ante este panorama cuando entran en juego las herramientas de la web 2.0 o web social. Fue en este periodo cuando algunas profesionales decidieron ofrecer consultorías privadas:

- La pandemia vino bien para muchas cosas. Claro, luego el posparto en casa, tú sola, sin apoyo, pues ya era otra cosa. Pero pienso que, a nivel sanitario, sí que a lo mejor vino bien. Y luego pues en casa sería otra cosa, y... ahí sí que tendrían mucha implicación las redes sociales, todas las herramientas, la nueva tecnología... (M4)
- Empiezas pues con las amigas que van teniendo nenos, hablas con ellas por teléfono o te preguntan online, y luego vas viendo que... oye, que también es una manera de acompañar y de tranquilizar. (P3)

La atención telefónica también se hacía desde las consultas de AP durante el periodo de aislamiento. A veces las

madres consideran «tonterías» algunas dudas o problemas poco importantes como para asistir al centro sanitario. Tener consulta telefónica les resultó más fácil y menos violento. Si además una profesional te hace un seguimiento, genera confianza y crea un vínculo que aportó mucha seguridad. De hecho, en muchas ocasiones simplemente necesitaban pequeños consejos o apoyo moral y emocional. Por simple que parezca esto, se trata de un factor clave para la continuidad de la LM y es algo en lo que todas las participantes están de acuerdo:

- Me daba como más tranquilidad el poder llamar, preguntar igual una duda que tenía, que era sencilla, por la cual igual no visitaría o no pediría cita con el pediatra. Pero sí que, al tener la opción de la consulta telefónica, pues cosas más simples me parecía más práctico y creo que es algo que debería de continuar. (...) Sí que es verdad, que no sé si al final el tiempo les da para poder atender todo eso. (M1)
- Y me ofreció su apoyo 24 h, vía telefónica o WhatsApp®, muchas veces por video llamada. A veces simplemente necesitaba apoyo moral, que me animara cuando pensaba en tirar la toalla a altas horas de la madrugada. (M7)

Así pues, durante la pandemia la web 2.0 fue de gran ayuda en el tema que nos compete. Utilizada tanto por la vía pública como por la privada, abrió las puertas a un sinfín de posibilidades, pudiendo hoy en día combinar asistencia presencial y online. Tal es la importancia, que, tras el cese de muchas plataformas, una vez finalizada la pandemia, son muchas las madres que se encuentran más perdidas:

- Las redes sociales, las consultas puntuales, los perfiles, las *app* ...estaban muy a mano y muy actualizados...Y a golpe de un minuto pues tenías muchísima, muchísima información. Y yo que viví un embarazo en pandemia, pues al final la web 2.0 ayudó mucho. (M1)
- A día de hoy las madres están más perdidas que en la pandemia, porque estos grupos telefónicos y online desaparecieron, cerraron, por lo que sea. Se dejó un poco de lado y se volvió a la presencialidad. Y es verdad que las madres no saben ahora dónde buscar. (P3)

Categoría 6: Salud 2.0 y *app* en lactancia materna: una nueva forma de apoyo

Al preguntar a las participantes por las herramientas que consideran más útiles como apoyo a la LM, las aplicaciones móviles (*app*) Instagram® y WhatsApp® son las mejor valoradas en ambos grupos. Tienen una opinión muy positiva de ambas, considerándolas accesibles, rápidas, cómodas y fáciles. No obstante, tienen diferencias.

Por un lado, Instagram® permite seguir a profesionales que comparten contenido sobre embarazo, parto y lactancia; a otras madres que muestran su realidad, desmitificando ideas generalizadas, es muy dinámico, expansivo, y con muchísimas posibilidades.

Por su parte, WhatsApp®, es más personal y útil para realizar seguimientos y en directo de forma urgente, puede «tranquilizar» a las madres o a sus familiares a cualquier hora del día, de forma instantánea.

Otras herramientas que permiten crear grupos y comunidades virtuales también son valoradas como muy positivas, como Telegram®, Twitter®, Teams®, las páginas web e-lactancia.org, la de LM de la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la *app* LactApp:

- Lo de WhatsApp® también ha dado mucho juego... Les da una tranquilidad a las madres... Yo a las madres que veo, siempre tienen mi teléfono y yo les digo, «yo os contesto cuando pueda, porque obviamente esto es voluntario, es mi vida privada, pero siempre me podéis escribir». Siempre prefiero audios porque parece que te explicas un poco mejor y en cuanto lo escucho pues contestas... Incluso de ahí, a veces han salido citas urgentes que he tenido que ver. (P2)
- Durante la pandemia, como hubo tantos grupos de matronas de Centros de salud que hacían consultas online, grupos de Telegram®, grupos de WhatsApp®, grupos de todo... las mamás se sentían mucho más apoyadas... sabían, por lo menos, dónde obtener recursos. (P3)

Su opinión sobre la posibilidad de realizar las consultas vía *online* en el puerperio es que depende del motivo de la consulta: lo encuentran positivo y útil para temas como formación, apoyo, prevención, hacer diagnósticos precoces y seguimiento diario; pero no lo consideran adecuado para otros problemas como dolor, grietas, mala succión, infección. En estos casos «no puedes arreglar un problema de lactancia en 5 min» y «la pantalla es una barrera», considerando más convenientes las consultas presenciales o ambas:

- Sí, yo tengo consultas *online*. Pero, por ejemplo, para una lactancia con problemas, yo veo un poco barrera solo la pantalla. Porque para lograr una buena succión yo siempre les digo que me lo enseñen en foto, pero recomiendo verlo «in situ» ¿sabes? Porque si es algo en plan formación general, todavía puedes hablar por teléfono, ofrecer apoyo. Pero cuando es un problema de grietas, dolor... Ahí yo creo que presencial sí o sí. (P4)

Las redes sociales son un recurso que ofrece muchas posibilidades, utilizado por las madres como soporte durante su embarazo y LM. No obstante, destacan algunos inconvenientes que cabe tener en cuenta. Por un lado, algunas de estas herramientas (las participantes hablan de Instagram® y WhatsApp®, fundamentalmente) son aplicaciones abiertas y al alcance de cualquier persona con Internet. Esto significa que puede haber cuentas engañosas o personas que publiquen información no veraz, ya sea por desconocimiento o para dar una imagen distorsionada. Por tanto, pueden no ser una vía fiable de información, volviendo a la desinformación y mitificación sobre la LM:

- A este respecto, una de las participantes propone la idea de «que la matrona, ya en las clases de educación prenatal, ofrezca un listado de recursos web fiables a los que seguir». (P1)
- Hay que saber hacer también un poco de criba. Pero eso ya es un poco difícil. Porque hay mucha información y no toda es buena. Entonces existen, para mí, las 2 vertientes. Internet ahora mismo está lleno de... pues de cosas muy

buenas, pero que tienes que saber buscar y seleccionar la adecuada. (P2)

- Habiendo ¡jolin! tantos recursos, tantas matronas (...) ¿Cómo es posible que no hayas encontrado el recurso? (...) No llegamos a la persona que nos busca, ese es el problema. (P3)

Las asociaciones pro-LM, son un recurso muy bien valorado, formado por voluntariado que exige tiempo y esfuerzo a la persona que publica y comparte contenido, hace seguimientos, crea grupos *online*... Y cuando se trata de profesionales de la salud, es un trabajo que realizan fuera de su horario, «ya que hacerlo en la jornada laboral está mal visto» (P2); de forma no remunerada, por voluntad propia de ayudar a las madres, lo cual pone de manifiesto la importancia y necesidad del tema que debatimos en el presente estudio.

Otra vez nos encontramos de nuevo con la falta de personal y de recursos del sistema sanitario. La no LM o su abandono prematuro son un problema cuya solución debería ser atajada desde las políticas sanitarias, y no de forma altruista por el personal y el voluntariado que enseña y a la vez aprende de su propia experiencia:

- No puedes arreglar un problema de lactancia en cinco minutos. (...) Pero deberían de... darnos nuestros tiempos para poder contestar esa llamada... crear esos chats. Tiene que haber un cambio desde arriba, que no piensen que no estás trabajando, estás dedicándote a hablar con un grupo de madres. Y eso también es educación sanitaria y debería de estar incluido en nuestro trabajo en los centros sanitarios. (P4)
- El poder realmente lo tiene la población (...) Si la población lo exige, los de arriba ceden. (M4)

Categoría 7: Características de una *app* sobre lactancia materna «ideal»

Dado que el mayor impedimento que se encuentran las madres con su lactancia y su continuidad es la falta de información y de apoyo, no cabe duda de que la web 2.0 es un recurso que sirve de complemento en gran medida al proceso de LM:

- Creo que la atención 2.0 y la presencial son opciones complementarias (...) Es decir, los grupos de apoyo persona a persona también son fundamentales. Se van perdiendo porque requieren su esfuerzo. (...) No debemos perder esa... presencialidad. (P2)

Al preguntar a las participantes cómo sería el soporte y el contenido ideal que debería tener este recurso digital, además de los puntos positivos destacados en las *app* sobre LM, añaden las siguientes características:

- Contenido gratuito e ilimitado para asegurar el acceso universal.
- Destinada a profesionales de la salud, madres lactantes y entorno socio familiar.
- Que permita «*feedback*» o retroalimentación con la herramienta.

- Que ofrezca apoyo psicológico y positivo, empoderamiento de madre y familias, motivación y ánimo, a través de mensajes espontáneos y frecuentes.
- Con *podcast* y/o vídeos informativos de corta duración, como pequeños «tips», «monodosis» de información, ya que durante los primeros días de la LM las madres tienen el tiempo muy limitado y destinado casi al 100% al bebé.
- Que la información publicada se ofrezca tanto en directo como en diferido.
- Con un lenguaje coloquial, claro y cercano, para facilitar su entendimiento.
- Información sobre de los riesgos de la lactancia de fórmula y los beneficios de la LM.
- Que ofrezca información actualizada y basada en la evidencia científica.
- Con un listado de enlaces directos a recursos web 2.0 de calidad.
- Que esté formada por un equipo multidisciplinar, madres y familiares y voluntariado.

Discusión

La falta de información adecuada sobre LM es un tema de gran relevancia en la sociedad actual para las mujeres que desean amamantar. Esto puede tener un impacto negativo en el inicio y la duración de la LM. Cuando las madres no están bien informadas sobre los beneficios de la lactancia, las técnicas adecuadas de amamantamiento o cómo solucionar problemas comunes, es más probable que abandonen la lactancia antes de lo deseado. Además, la falta de información también puede contribuir a la perpetuación de mitos y estigmas relacionados con la lactancia. En este sentido, un estudio³³ señala que es importante que los profesionales sanitarios estén adecuadamente formados y reciban asesoramiento de entre 20 y 40 h, donde se trabajen las habilidades de escucha y aprendizaje para dar un correcto apoyo a las madres. Otro estudio reciente³⁴ afirma que los sistemas sanitarios deben promover la formación de los profesionales sanitarios (especialmente los que están en contacto con las mujeres y sus hijos) en LM, exigiendo dicha formación como parte esencial en su práctica clínica.

Asimismo, la familia juega un papel fundamental en la LM. La pareja de la madre puede brindar apoyo emocional, ayudar con las tareas del hogar y el cuidado del bebé, y alentar a la madre a cuidar de sí misma. Cuando la pareja comprende los beneficios de la LM y participa activamente en el proceso, la madre se siente más respaldada y motivada para continuar amamantando. Por lo tanto, se reconoce que el entorno socio familiar es determinante para el inicio, duración y éxito de la LM, donde el apoyo y la experiencia de las mujeres del núcleo familiar pueden ofrecer herramientas para garantizar una correcta alimentación infantil³⁵.

Por otro lado, muchas mujeres refieren que el apoyo familiar no es suficiente y buscan grupos de apoyo entre iguales como un espacio seguro donde pueden hablar abiertamente sobre sus desafíos y recibir consejos útiles de personas que han pasado por situaciones similares. Las madres valoran de forma positiva los grupos de apoyo comunitario, pues al mismo tiempo que brindan asesoría y apoyo están normalizando la LM y brindan una sensación de comodidad y confianza mutua¹⁸.

Las motivaciones que llevan a las mujeres lactantes a buscar grupos de apoyo son la necesidad de apoyo emocional, la adquisición de información y conocimientos, la posibilidad de participación, desarrollo personal, así como la capacitación y acción social y de empoderamiento. La sensación de pertenencia a una comunidad empoderadora puede ser crucial para superar las dificultades iniciales que a veces surgen con la LM, como el dolor o las dudas sobre la técnica de amamantamiento³⁶.

Otra red de apoyo a considerar para el éxito en la LM son las herramientas de la web 2.0, algo que se puso de manifiesto durante la pasada pandemia. Varios autores afirman que, a través de determinadas *app*, las madres lactantes pueden asistir a charlas, cursos, clases preparatorias, grupos de ayuda mutua, grabar o reproducir videos en diversas plataformas, así como recibir asesoramiento y seguimiento vía *online* y/o telefónica³⁷⁻⁴⁰. Un ejemplo de ello sería el diseño del programa de intervención «Amadrina a una primeriza» para la promoción de la LM, a través de una página web, desarrollado por una matrona canaria como parte de su tesis doctoral⁴¹, que permite la interacción o *feedback* entre madres primerizas y compañeras de apoyo (madrinas), ya sean madres y/o profesionales de la salud con experiencia en LM. En la primera parte del proyecto esas uniones entre madrinhas y primerizas se hicieron a través de una página web y los resultados fueron muy positivos, aumentando hasta el triple las tasas de LM en las madres que utilizaron la herramienta⁴².

Sin embargo, otros autores⁴³ señalan que se debe tener cuidado y precaución con la información que se consume desde la web 2.0, ya que las madres o cualquier otro usuario, pueden encontrar información engañosa y/o contradictoria. Por ello, sería conveniente que los profesionales de la salud sirvan de guías y ofrezcan a las madres recursos donde la información sobre la LM esté permanentemente actualizada y basada en la evidencia científica.

Algunas limitaciones del presente estudio deben ser señaladas. En primer lugar y en cuanto a las características de la muestra, tanto el proceso de selección (por conveniencia) como el número de la muestra no permiten generalizar los resultados obtenidos a otro tipo de población. Sin embargo, el grado de heterogeneidad conseguido recoge la variabilidad del contexto social estudiado.

Las autoras consideramos que estos hallazgos preliminares se podrían enriquecer con muestras más amplias y diversas, con participación de otros profesionales de la salud y otros miembros del entorno socio familiar de las madres.

Asimismo, se debe reconocer la importancia de seguir investigando sobre el tema, para explorar en profundidad las necesidades de los profesionales de salud y las madres, para conocer de viva voz las barreras a las que se enfrentan, tales como la falta de información y formación del personal sanitario, para cumplir con la promoción y fomento de la LM, lo cual ayudaría a insistir en la creación de nuevas políticas públicas y programas y conseguir los objetivos que se planteen en materia de LM.

Finalmente, tras los resultados de los discursos obtenidos en este estudio, se puede afirmar que la web 2.0, a través de sus herramientas (especialmente las *app* que permiten el *feedback*), tiene un impacto significativo para el fomento de la LM, la CC y en el empoderamiento de las

madres para tomar decisiones informadas sobre su proceso de amamantamiento.

La web 2.0 ha revolucionado la forma de búsqueda de información y apoyo sobre LM, creando una red de ayuda en línea, valorada como muy positiva por madres y profesionales, en continua expansión y que posibilita la obtención de mejores resultados en LM, proporcionando información actualizada y posibilitando una fuente de apoyo emocional mediante la creación de grupos de iguales.

La pandemia puso en valor los beneficios de la web 2.0, permitiendo un seguimiento continuo de la LM, ya sea profesional o mediante grupos de apoyo, y paliando la escasez de recursos del sistema sanitario.

Una propuesta de mejora podría ser la implantación de una enfermera experta en LM que actuara como «gestora de casos en LM» de manera *on line*. Se trataría de una figura referente para madres y familias que valore sus necesidades de apoyo durante toda su vivencia de la LM.

Las enfermeras deben incluir las herramientas de las web 2.0 como complemento a las redes de apoyo tradicional (profesionales de la salud públicas y privadas, asesoras expertas en LM, asociaciones pro LM, familia y comunidad), como una nueva herramienta de intervención comunitaria que proporcione información actualizada y basada en la evidencia científica y empezar a recomendar recursos web o *app* fiables y de calidad para el fomento de la LM.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra: OMS. 1981 [consultado 4 Oct 2022] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42533/1/9243541609.spa.pdf>
2. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad /declaración conjunta OMS/UNICEF. Organización Mundial de la Salud. 1989 [consultado 4 Oct 2023] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41246>
3. World Health Organization. Iniciativa Hospital Amigo del Niño: Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral. Ginebra: World Health Organization. 2009 [consultado 4 Oct 2023] Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IHAN%20Curso%20de%2020%20horas.pdf>
4. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre protección de salud y apoyo de la lactancia. 1 de Agosto de 1990. Florencia (Italia): World Health Organization /UNICEF. OMS/UNICEF: 1990 [consultado 4 Oct 2023] Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration.sp.p.pdf>
5. Figueredo SF, Mattar MJG, Freitas de Vilhena Abrao AC. Baby-friendly Hospital Initiative a policy of promoting, protecting and

- supporting breastfeeding. *Acta Paul Enferm.* 2012;25:459–63, [http://dx.doi.org/10.1016/s0031-3955\(08\)70039-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0031-3955(08)70039-7).
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de parto y nacimiento. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011 [consultado 6 Oct 2023] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
 7. Gobierno del Principado de Asturias. Convenio de Colaboración suscrito entre el Principado de Asturias, a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, y el Ministerio de Sanidad y Consumo para desarrollar las recomendaciones establecidas en la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España: 2008 [consultado 6 Oct 2023] Disponible en: <https://www.asturias.es/bopa/2008/09/22/20080922.pdf>
 8. Grupo de trabajo español de la Iniciativa mundial de la lactancia materna. Encuesta Nacional sobre Hábitos de Lactancia. Presentación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España: 2013 [consultado 6 Oct 2023] Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/resumen-presentacion-encuestalm-julio2013.0.pdf>
 9. Lagan BM, Symon A, Dalzell J, Whitford H. "The midwives aren't allowed to tell you": Perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture. *The Feeding Your Baby Study. Midwifery.* 2014;30:49–55, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.017>.
 10. Demirtas B. Strategies to support breastfeeding: A review. *Int Nurs Rev.* 2012;59:474–81, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01017.x>.
 11. Meedya S, Fahy K, Parratt J, Yoxall J. Supporting women to achieve breastfeeding to six months postpartum - The theoretical foundations of a successful program. *Women Birth.* 2015;28:265–71, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.06.006>.
 12. Philipp BL, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #7: Model Breastfeeding Policy (Revision 2010). *Breastfeed Med.* 2010;5:173–7, <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2010.9986>.
 13. World Health Organization. Integrated Health Services - What and why? Technical Brief. OMS: 2023 [consultado 6 Oct 2023] Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/technical-brief_final.pdf
 14. McLelland G, Hall H, Gilmour C, Cant R. Support needs of breast-feeding women: Views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery.* 2015;31:1–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.008>.
 15. Rosin SI, Zakarija-Grkovic I. Towards integrated care in breastfeeding support: A cross-sectional survey of practitioners' perspectives. *Int Breastfeed J.* 2016;11:15, <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-016-0072-y>.
 16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS: 2003 [consultado 7 Oct 2023] Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/g5_infant_feeding_text_spa.pdf
 17. Pallás Alonso CR, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2019;21:191–201.
 18. Sebastián Vicente MP. Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de participación y promoción de la salud en la comunidad. *Dilemata.* 2017:227–38 [citado 6 Nov 2023] Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000144>
 19. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra; 1998 [consultado 6 Oct 2023] Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_CHD_98.9/es/
 20. Gavine A, Marshall J, Buchanan P, Cameron J, Leger A, Ross S, et al. Remote provision of breastfeeding support and education: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.* 2022;18:e13296, <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.13296>.
 21. 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:CD001141, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub6>.
 22. Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI). Uso de tecnología en los hogares españoles. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Madrid, 2022 [consultado 6 Oct 2023] Disponible en: <https://www.onsi.es/sites/onsi/files/2022-02/usotecnologiahogares.2022.1.pdf>
 23. Taki S, Campbell KJ, Russell CG, Elliott R, Laws R, Denney-Wilson E. Infant Feeding Websites and Apps: A Systematic Assessment of Quality and Content. *Interact J Med Res.* 2015;4:18, <http://dx.doi.org/10.2196/ijmr.4323>.
 24. Coughlin SS. The need for research-tested smartphone applications for promoting breastfeeding. *Mhealth.* 2016;2:18, <http://dx.doi.org/10.21037/mhealth.2016.04.03>.
 25. Díaz Cano AI, Esplugues A. Actualización y recomendación de apps sobre lactancia materna. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2023;99:440–2 [consultado 7 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-actualizacion-recomendacion-apps-sobre-lactancia-articulo-S1695403323001339>
 26. Souza LKde. Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. *PSIUNISC.* 2020;4:52–66 [consultado 6 Nov 2023] Disponible en: <https://online.unisc.br/seer/index.php/psi/article/view/13500>
 27. Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 1999;20:5–25 [consultado 6 Nov 2023]. Disponible en: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23448/000265360.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 28. King L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicol Rev.* 2004;10:124–36, <http://dx.doi.org/10.5752/202>.
 29. Silva MG, Fernandes JD, Rebouças LC, Rodrigues GRS, Teixeira GA, Silva RMO. Publications that used focal group as research technique: What do they teach us? *Cienc Cuid Saúde.* 2013;12:398–406, [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78485-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78485-X).
 30. Hernández O. Aproximación a los distintos tipos de muestras no probabilístico que existen. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2021;37:e1442 [consultado 6 Nov 2023] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0864-21252021000300002&lng=es>
 31. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo analizar un relato biográfico. *Arch Memoria.* 2009;6 [consultado 6 Nov 2023]. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>
 32. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:423–36 [consultado 8 Nov 2023]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource.ssm_path=/media/assets/resp/v76n5/colabora4.pdf
 33. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, Gavine A, Girard LC, Symon A, et al. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.* 2019;14:42, <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>.
 34. Llorente-Pulido S, Custodio E, López-Giménez MR, Otero-García L. Barriers and Facilitators for Exclusive Breastfeeding within the Health System and Public Policies from In-Depth Interviews to Primary Care Midwives in Tenerife (Canary Islands Spain). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;19:128, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19010128>.
 35. 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 lactancia materna. *Rev Fac Med.* 2015;63:217–27 [consultado 8 Nov 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n2/v63n2a06.pdf>
36. Dewanti LP, Febrihantanty J, Roshita A, Dewanti LP. Online mother support group: The new way of peer support for improving breastfeeding performance. *J Health Educ.* 2019;4:22–8 [consultado 8 Nov 2023]. Disponible en: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jhealthedu/article/view/29407>
37. Galvão DMPG, Silva EMB, Silva DM. Use of new technologies and promotion of breastfeeding: Integrative literature review. *Rev Paul Pediatr.* 2021;40:e2020234, <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020234>.
38. Morse H, Brown A. The benefits, challenges and impacts of accessing social media group support for breastfeeding: A systematic review. *Matern Child Nutr.* 2022;4:e13399, <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.13399>.
39. Azak M, Yilmaz B, Şahin N. Analysis of YouTube® Videos Regarding Breastfeeding During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Matern Child Health J.* 2023;9:1548–58, <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-023-03722-4>.
40. Hidayana I, Prawindarti L, Umar N, Ambarwati K, Rosatriani F. Marketing of commercial milk formula during COVID-19 in Indonesia. *Matern Child Nutr.* 2023;3:e13491, <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.13491>.
41. González Darias A. Evaluación del programa de intervención amadrina a una primeriza en la promoción de la lactancia materna [Tesis doctoral]. La Laguna: Universidad de La Laguna. 2017 [consultado 8 Nov 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=236035&orden=0&info=link>
42. Gonzalez Darias A, Diaz Gomez NM, Rodriguez Martin S, Hernandez Perez C, Aguirre Jaime A. "Supporting a first-time mother": Assessment of success of a breastfeeding promotion programme. *Midwifery.* 2020;85:102687, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2020.102687>.
43. Jones A, Bhaumik S, Morelli G, Zhao J, Hendry M, Grummer-Strawn L, et al. Digital Marketing of Breast-Milk Substitutes: A Systematic Scoping Review. *Curr Nutr Rep.* 2022;3:416–30, <http://dx.doi.org/10.1007/s13668-022-00414-3>.

